This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

No.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
ASSOCIATION,
19 BOYLSTON PLACE.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

I

L'UNION MÉDICALE

DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS

VOLUME XIV

MONTREAL:

CIE. DE LITHOGRAPHIE ET D'IMPRIMERIE GEBHARDT-BERTHIAUME

30 Rue St-Gabriel

1885

BOSTON MEDICAL
JUL 23 1962
LIBRARY

267.

L'UNION MÉDICALE DU CANADA

Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie

SOUS LA DIRECTION DES

DRS A. LAMARCHE ET H. E. DESROSIERS.

Vol. XIV. MONTREAL, JANVIER, 1885. No. 1.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal). — **M. BROSSEAU.**

De la cystotomie comme traitement de la cystite chronique.

Nous avons eu dans nos salles, depuis quelques mois, plusieurs cas de cystite chronique; rien d'étonnant en cela, car vous savez que cette maladie est très fréquente et très difficile à guérir; certains médecins la rangent même parmi les affections incurables.

Un vieux professeur renommé pour son esprit d'observation (le regretté Dr Munro) disait souvent à ses élèves: "le catarrhe de la vessie est l'opprobre de l'art," et c'est malheureusement trop souvent vrai.

Voyons tout de même si le praticien doit s'avouer vaincu en présence de cette maladie, ou si la pathogénie de la cystite chronique étant mieux connue de nos jours, il n'est pas possible d'instituer un traitement plus efficace.

La cause la plus commune de la cystite chronique est un obstacle quelconque à la miction, soit *l'hypertrophie* de la prostate, soit le *rétrécissement* de l'urèthre, soit encore *l'atonie* des parois vésicales.

On sait que l'hypertrophie de la prostate existe chez un tiers des hommes qui ont atteint l'âge de 55 ans. Cette hypertrophie déforme l'urèthre, en change la direction et en augmente la longueur.

C'est surtout l'hypertrophie du lobe moyen qui rend la miction difficile, souvent même impossible sans le cathéter.

Cette portion de l'urèthre peut être allongée de 3 centimètres, longueur normale, jusqu'à 6 centimètres, et être *coudée* à son milieu, modifications qui rendent le cathétérisme très difficile, surtout si le chirurgien n'a pas la précaution de se servir d'une longue sonde à courbure prononcée.

Quant au traitement, la première chose à faire, c'est de vider soigneusement la vessie une ou deux fois par jour, et toujours avec la plus extrême douceur. Les belles sondes en gomme, à courbure fixe, ou encore les sondes en caoutchouc vulcanisé sont les meilleures et les seules convenables à ces cas. Si on laisse stagner l'urine dans la vessie, l'urée se décompose en carbonate d'ammoniaque, substance âcre et irritante qui détermine bientôt l'ulcération de la muqueuse. La vessie non vidée se trouve comme un vase mal lavé ou pas nettoyé du tout, dit Thompson.

Le catarrhe vésical est très difficile et souvent impossible à guérir par les moyens ordinaires; c'est en présence de cette inefficacité du traitement que des médecins hardis ont proposé la cystotomie *antiphlogistique*, ainsi appelée pour la distinguer de celle qui est faite dans le but d'extraire les corps étrangers de la vessie.

Laissez-moi vous rapporter ici quelques observations, afin de vous faciliter l'intelligence de cette leçon.

Obs. 1.—Olivier H., 56 ans, journalier, constitution robuste. Voici son histoire: " Vers le 15 de mars dernier, dit-il, j'étais à uriner, quand un compagnon me pousse et me fait tomber sur un amas de petites branches; une douleur se fait de suite sentir dans la verge; craignant qu'une de ces petites branches n'eut pénétré dans le canal, je m'introduisis un brin de foin jusque dans la vessie dans le but de retirer ce corps étranger, mais je ne trouvai rien. Je ne me suis pas aperçu que ce brin de foin se fut rompu. Quelque temps après, une douleur se fit sentir dans le bas ventre, les aines, et la miction devint de plus en plus fréquente, accompagnée de beaucoup de douleurs et d'efforts, le jet d'urine étant quelquefois brusquement interrompu."

Libre à vous, messieurs, d'interpréter comme bon vous semblera, l'histoire de ce patient. Le lendemain de son entrée, vous m'avez vu examiner le malade au moyen de la sonde exploratrice et constater la présence de calculs. L'urine était alcaline.

Durant la nuit suivante, O. H. passe un calcul allongé, blanchâtre, friable, au centre duquel on distingue un point noir. On broie ce calcul et l'on voit que c'est un brin de foin qui lui sert de noyau. Vu la texture fragile et le petit volume du calcul, nous pratiquons la lithotritie et retirons les mors du lithotriteur pleins de débris. Cette séance, quoique très courte, est suivie d'une fièvre uréthrale prononcée. Nous pratiquons plus tard, à de longs intervalles, trois autres séances de lithotritie. Les calculs sont difficiles à saisir, il faut aller les chercher en arrière de la prostate, en tournant en bas le bec de l'instrument; cependant nous réussissons à en broyer à chaque séance.

La prostate étant largement hypertrophiée, l'expulsion des débris est difficile. Nous constatons après chacune de ces séances une fièvre bien marquée, des douleurs vésicales, des chauffements après la miction, etc., etc.

Cette *susceptibilité* et cette *irritabilité* de la vessie nous induisent à remplacer la lithotritie par la taille. D'un autre côté, messieurs, je veux que vous compreniez bien qu'en pratiquant la lithotomie sur ce malade, ce n'est pas uniquement pour le débarrasser des calculs que sa vessie renferme encore, mais plutôt pour combattre la cystite et la prostatite chroniques.

Ces maladies sont tellement invétérées chez cet homme, que quand bien même il n'aurait plus un fragment de calcul dans la vessie, cet organe ne s'améliorerait pas, ne guérirait pas. La preuve en est que depuis deux mois ce malade suit un traitement régulier. A l'intérieur : acide benzoïque, benzoate d'ammoniaque, boissons délayantes, et cependant l'urine est toujours restée alcaline. Une ou deux fois par jour, cathétérisme avec des sondes molles, afin de vider complètement la vessie, puis lavages et injections modificatrices diverses, au biborate de soude, à l'acide phénique, etc., etc.

Tout ce traitement n'a amené aucune amélioration ; au contraire il est très probable que de nouveaux calculs se forment à mesure que l'inflammation envahit les tuniques profondes de la vessie, que la prostate augmente rapidement de volume ; la preuve c'est que la sécrétion muco-purulente est devenue plus abondante, les douleurs plus vives et les difficultés d'uriner plus grandes, etc.

Ce patient a évidemment une diathèse calculeuse, le brin de foin a servi à l'aggrégation de ces phosphates.

Vous nous avez vu, le 14 octobre, pratiquer la cystotomie.

Nous avons choisi la taille *médio-bilatérale*, (incision externe sur la ligne médiane du périnée, urèthre perforé dans sa portion membraneuse ; puis le double cystitôme de Dupuytren poussé jusque dans la vessie en est retiré ouvert d'un pouce et quart afin d'inciser largement les deux lobes latéraux de cette prostate hypertrophiée et enflammée).

Avec la tenette courbe, nous retirons du bas fond de la vessie un calcul allongé, mou, friable, pesant environ une once et demie, dans lequel nous trouvons encore le brin de foin. Avec la curette bouton nous nettoyons soigneusement la vessie. Nous mettons dans la plaie un gros tube en caoutchouc afin de faciliter l'écoulement de l'urine et d'empêcher la cicatrisation ; notre but est de laisser la vessie en repos complet. Nous faisons par ce tube des lavages et des injections modificatrices.

Ce tube devra rester en place durant un long mois ; par conséquent la vessie restera en repos parfait, ne subissant ni dilatation pour recevoir l'urine, ni contraction pour l'expulser. Elle ne sera alors qu'un simple conduit, comme les uretères.

Vous avez vu le malade relever de cette sérieuse opération, sans complication aucune, au contraire il éprouve de suite après l'opération un soulagement marqué, ses souffrances d'autrefois disparaissent entièrement, il dort toute la nuit, et à chacune de nos visites subséquentes il ne cesse de nous témoigner sa satisfaction et sa reconnaissance. Nous lui donnons pour l'avenir des prescriptions hygiéniques et diététiques sévères, et il laisse l'hôpital le 20 novembre, son tube a été enlevé la veille, et l'urine a passé par la verge.

Obs. II.—Laissez-moi vous rapporter l'observation du bon vieux Hubert C... qui fréquente cet hôpital depuis sa fondation et que vous connaissez familièrement.

Diagnostic : hypertrophie énorme de la prostate, rétention et décomposition de l'urine, calculs phosphatiques. Ce malade vient souvent passer une quinzaine dans nos salles, il se soumets de temps à autre à une séance de lithotritie, mais après chaque séance il se croit guéri et sort malgré nous. Voyant que nous ne pourrions jamais, au moyen de la lithotritie, débarrasser ce vieillard indocile de ses nombreux cal-

culs, nous lui avons proposé la taille, mais il ne veut pas y consentir. Souvent le père C. nous arrivait avec une rétention complète d'urine, le cathétérisme était très difficile, aussi MM. les internes ont-ils eu chez lui un beau champ pour se perfectionner dans cet art qui demande tant d'exercice manuel. Ces incomparables sondes françaises à *longue courbure permanente* étaient les seules avec lesquelles on pouvait pénétrer aisément dans la vessie.

Le 4 octobre dernier, le vieillard nous arrivait presque mourant ; il n'avait pas uriné depuis vingt-quatre heures, nous tirâmes deux pintes d'urine sanguinolente ; il mourut le 13.

A l'autopsie, nous trouvâmes les trente-deux (32) calculs que voici, tous gros comme des noisettes.

La prostate était plus grosse qu'une pomme ordinaire ; le lobe moyen plus gros qu'une noix et en partie détaché du reste de la glande faisait exactement l'office d'une valve sur le col de la vessie. Vous avez donc là, sous vos yeux la cause de la rétention d'urine et de la difficulté du cathétérisme. Plus la vessie était distendue, plus la valve s'appliquait exactement sur le col vésical et plus la rétention était complète. Une sonde à *petite courbure* venait butter sur ce lobe moyen et ne pouvait pénétrer dans la vessie.

Vous voyez, en arrière de la prostate, ce bas fond immense où se logeaient ces 32 calculs. Voyez aussi cet utricule prostatique qui n'est plus un utricule mais une grande cavité qui loge facilement deux bouts de doigts.

Cette pièce anatomique est aussi belle que celles que l'on voit dans les musées d'Europe ; nous la conserverons avec soin.

Obs. III.—Une dernière observation. Il y a environ une dizaine d'années j'eus à soigner un homme âgé de trente ans qui avait une cystite chronique des plus invétérées. Tuniques vésicales épaissies, muqueuse ulcérée, urine glaireuse, purulente et fétide dont la cause était la rétention, suite de rétrécissements infranchissables ; il me fallut faire l'uréthrotomie externe, (boutonnière) vers la région membraneuse.

Cette ouverture faite, l'urine n'ayant plus à traverser que la portion prostatique de l'urèthre, la miction fut très facile, seulement le malade avait à se mettre assis ou accroupi comme une femme. La vessie se vidant complètement, tous les mauvais symptômes antérieurs disparurent.

Le malade, si fier d'être débarrassé de ses douleurs et de ne plus avoir à forcer pour uriner, n'a jamais voulu consentir à une tentative de dilatation rétrograde de son rétrécissement. Il a vécu encore dix ans, vaquant à des travaux pénibles, il est venu mourir dans cet hôpital, l'automne dernier, d'une fièvre typhoïde. Je n'ai pas manqué de cueillir sa vessie, la voilà, examinez bien cette pièce anatomique.

Ce malade après son uréthrotomie externe se trouvait donc dans des conditions analogues à celles dans lesquelles nous avons placé Ol. H. par la cystotomie antiphlogistique. Tous deux urinaient facilement après les opérations, vidaient complètement leur vessie sans efforts, l'un par son bout d'urèthre prostatique et l'autre à travers son tube en caoutchouc. Tous deux se sont trouvés réellement soulagés.

Quelles déductions pratiques devons-nous tirer de ces observations ? Nous devons conclure que : 1° En présence d'un obstacle quelconque à la miction, hypertrophie prostatique, rétrécissement uréthral, ato-

nie vésicale, (après le traitement propre à faire disparaître chacune de ces causes de rétention d'urine), le praticien sage et prévoyant doit surtout empêcher cette urine de stagner dans son réservoir, il doit vider la vessie au moins une fois par jour, (rappelons-nous toujours qu'une vessie non vidée est comme un vase non lavé.)

2° Viennent ensuite les lavages et les injections détergentes et antiseptiques bien propres à guérir la muqueuse altérée.

3° Si le praticien ne peut réussir à maîtriser la maladie par ces moyens, il a comme dernière ressource la cystotomie, c'est-à-dire enlever à la vessie son rôle et ses fonctions et la réduire (du moins pour un certain temps) à l'état de simple conduit. S'il existe un moyen de mettre fin aux angoisses de ces pauvres affligés, c'est la cystotomie.

Le catarrhe vésical permet de conclure à l'ulcération et à l'état granuleux de la muqueuse en même temps qu'à la décomposition de l'urée; à ce double point de vue, c'est un précieux élément de diagnostic et de pronostic. Le catarrhe résiste souvent au meilleur traitement. Plutôt que de laisser le patient mourir en langueur, dans des souffrances atroces, il vaut mieux tenter un dernier moyen, la cystotomie.

Vous comprenez bien, sans doute, que cette sérieuse opération ne vous est conseillée que comme dernière ressource, et après avoir épuisé tous les autres moyens thérapeutiques.

Je crois cette opération trop rarement pratiquée dans notre province; on laisse mourir les malades d'épuisement, minés par des souffrances indescriptibles plutôt que de tenter ce dernier moyen. Imitons la conduite des chirurgiens des autres pays, et que les cas ci-dessus rapportés nous rendent plus hardis et plus confiants.

Erichsen dit dans son admirable traité de chirurgie. "Quand le catarrhe vésical est devenu complètement incurable, qu'il a résisté a tout traitement local et constitutionnel, et qu'il n'y a plus rien à faire en un mot pour soulager l'état du pauvre misérable pris *d'irritabilité de la vessie*, la vie n'étant plus qu'un lourd fardeau pour lui, les chirurgiens ont eu l'heureuse idée d'inciser les parties enflammées, altérées, comme dans la cystotomie, pour l'extraction des calculs.

Dès 1834, Guthrie recommandait cette opération. Blizard l'a pratiquée plusieurs fois avec succès dès 1806.

Depuis quelques années on fait une incision dans la prostate et le col de la vessie, exactement comme si l'on pratiquait la taille médiolatérale, et on introduit un tube en caoutchouc, par lequel l'urine s'écoule librement.

Cette opération a été pratiquée avec succès par Verneuil, elle convient bien certainement dans les cas invétérés, et incurables par les autres moyens. Mais ce sont les chirurgiens américains qui ont vulgarisé cette pratique hardie."

—Le Dr F. E. Waxham, de Chicago, emploie des lavements de bismuth combiné ou non à l'opium dans le traitement de la dyssenterie chez les enfants. Dix ou vingt grains de bismuth sont administrés après chaque selle, incorporés dans un peu de mucilage.

—Chiene rapporte (*Edinburg Med. Journ.*) le cas d'une enfant de trois mois, chez qui on a pratiqué, avec grand succès, l'ovariotomie. De son côté, Dobbins (*Lancet*) a fait, avec un succès égal, l'herniotomie chez un enfant agé de six semaines.

CLINIQUE MEDICALE

HOPITAL NOTRE-DAME, (Montréal).—**M. LARAMEE.**

Les cérébraux.

Parmi les nombreux cas de chirurgie qui se présentent chaque semaine à cet hôpital, tant dans le service interne qu'à la consultation, vous avez sans doute remarqué la fréquence relative des traumatismes de la tête. Que de fois ne transporte-t-on pas d'urgence, dans nos salles, des individus qui viennent d'être les victimes de quelqu'accident ayant intéressé le crâne! C'est un cocher qui, pris de boisson, s'est laissé choir de son siège; c'est un portefaix employé au déchargement des navires dans notre port, qu'un ballot de marchandises vient de renverser sans connaissance; c'est le premier individu venu, qui, ayant glissé sur le trottoir glacé, a heurté de la tête le sol. La plupart du temps, ces malades ne font dans notre hôpital qu'un séjour assez rapide; après quelques heures ou quelques jours de traitement ils peuvent, s'il n'est survenu aucune complication inflammatoire, retourner chez eux, ne conservant de leur mésaventure qu'une sensibilité assez modérée du cuir chevelu. Il n'y a là, direz-vous, rien de bien extraordinaire. Cependant, je n'hésite pas à dire que, souvent, les individus victimes de ces accidents en apparence si légers, en ressentiront les effets pour tout le reste de leur vie; tôt ou tard se manifesteront des troubles que l'on sera peut-être tenter de rapporter à d'autres causes mais qui, en réalité, n'auront eu d'autre point de départ que l'accident que je viens de rapporter.

Comment, en effet, en serait-il autrement, quand nous voyons ce qui se passe dans les cas de traumatismes affectant d'autres régions? Vous vous rappelez cette jeune fille qui s'est présentée à nous l'autre jour, se plaignant de douleurs et de malaise siégeant au côté droit. Quatre années auparavant, elle avait fait un chute sur ce côté; depuis, elle en a toujours souffert et en souffrira probablement toujours. Ce qui est vrai du thorax l'est à bien plus forte raison du crâne et de son contenu, le cerveau, dont la texture fragile est plus que toutes les autres exposée à des lésions diverses. On peut dire que les sujets ainsi atteints ont, suivant l'expression de Lasègue, échangé une santé légitime contre une prédisposition maladive, et cela peut-être pour le reste de leur vie.

C'est à cette classe particulière de malades, c'est-à-dire à ceux dont le crâne a subi, à une époque quelconque de la vie, un traumatisme, que nous réserverons la dénomination de cérébraux. Ce terme est aussi applicable à ceux ayant souffert d'une lésion cérébrale quelconque, embolie, hémorrhagie, tumeur, etc., toutes lésions qui laissent très souvent après elles des suites ineffaçables, mais, encore une fois, nous réserverons aux cas de traumatisme cette expression que nous devons à Lasègue et qui est aujourd'hui admise dans le langage médical.

Chaque fois donc que vous aurez occasion de donner vos soins à un malade se plaignant de quelque trouble cérébral, n'allez pas vous pres-

ser d'invoquer comme causes des antécédents héréditaires, des chagrins trop vifs, des émotions morales, etc., comme on est trop souvent porté à le faire. Interrogez, au contraire, votre patient ou ceux qui vivent dans son intimité, le père ou la mère, l'époux ou l'épouse, et presque toujours vous en viendrez à découvrir que le véritable point de départ des accidents cérébraux en question aura été un traumatisme quelconque du crâne.

Quelques observations viendront appuyer notre thèse. Vous vous rappelez sans doute cette jeune anglaise qui, il n'y a pas longtemps encore, était couché au No 34 de la salle Ste-Marie, et qui était sujette à des accès de délire tranquille accompagnés de céphalalgie intense. En l'interrogeant nous avons appris que sa santé avait toujours été excellente jusqu'à il y trois ans, alors qu'en patinant, elle fit une chute sur la tête, accident suivi d'une perte de connaissance qui dura quelques heures. Depuis, elle a fréquemment souffert de céphalalgie, perte de mémoire, troubles intellectuels divers, et surtout de délire survenant par accès, comme nous venons de le dire. Dans ce cas, il y a toute raison de croire que l'accident relaté par cette jeune fille a seul déterminé les troubles divers qu'elle a accusés depuis.

Il y a actuellement au No 13 de la salle St-Joseph, un homme qui, le 27 octobre dernier, fut frappé à la tête par un bloc de glace qu'il était occupé à hisser à bord d'un navire. Renversé sans connaissance, il fut apporté ici et donna de sérieux motifs d'inquiétude durant les premiers jours. Depuis lors, tout danger a disparu, mais cet homme a eu deux attaques bien distinctes de délire ayant duré deux ou trois jours chacune. Aujourd'hui, il semble se porter tout-à-fait bien. Est-il guéri, en réalité? Il est plus que probable qu'il conservera un souvenir de son aventure.

Vers la mi-septembre, un pauvre Savoyard était admis au No 17 salle St-Jean de Dieu. Il nous a raconté qu'à la suite de la chute d'un arbre qui l'avait frappé à la tête et renversé, il est resté plusieurs jours sans connaissance. Il ne semble guère malade aujourd'hui. Conservera-t-il toujours cette apparence de santé? Probablement non. Les individus qui, à la suite d'accidents de ce genre, restent parfaitement exempts de toute conséquence fâcheuse sont si rares, qu'on ne risque guère de se tromper en prédisant, dans un cas donné, que le malade s'en souviendra toujours.

Enfin, un dernier exemple nous a été offert dans un jeune homme de 17 ans que sa mère a présenté à la consultation, il y a quelques jours. Ce jeune homme, outre les troubles cérébraux ordinaires à ces cas, céphalalgie, etc., a présenté de plus des attaques convulsives. Or sa mère nous a dit que ce jeune homme avait été fort maltraité par son père qui, ivrogne invétéré, allait jusqu'à le frapper à la tête avec un *tisonnier*.. Les convulsions dont souffre le malade ont eu très probablement pour point de départ ces traumatismes répétées du crâne.

Tous ces malades appartiennent à la catégorie des *cérébraux*. Ils seront dans l'avenir plus ou moins sujets aux troubles dont ils ont souffert jusqu'à aujourd'hui et peut-être à d'autres encore: délire par accès, perte de mémoire, céphalalgie, vertiges, strabisme, convulsions, et même paralysie générale. Les convulsions ne se montrent que dans les cas graves, de même que la paralysie générale qui est plus rare encore que les convulsions. Il arrive très souvent que l'on dise: " Voyez donc un

tel, son caractère et ses habitudes sont étrangement changés depuis quelque temps, on ne le reconnait plus." Interrogez les antécédents et presque toujours vous arriverez à la découverte de quelque accident antérieur ayant intéressé le crâne. Je pourrais vous citer ici le cas d'un citoyen qui passa par un des accidents du genre de ceux que nous avons rapportés plus haut: chute de cheval, coups sur la tête, etc., et dont on disait quelques années après: " Quel changement s'est opéré chez X! Ce n'est plus le même homme."

Il est difficile de préciser les lésions anatomiques qui accompagnent les troubles cérébraux survenant dans ces cas: rupture de quelque petit vaisseau, lésion osseuse, ou du tissu cérébral, simple commotion ; plus difficile encore de faire la part exacte de chacune de ces lésions.

Quant au traitement, il faut insister sur le repos absolu de l'esprit et du corps, l'éloignement des visites, l'abstention totale de tout travail durant tout le temps des crises, et comme remèdes, l'iodure de potassium à doses élevées le bromure, etc. L'accident primitif a le plus souvent été traité suivant toutes les règles de l'art, mais cela n'empêche pas toujours les troubles dont j'ai parlé de se manifester.

Lavage de l'estomac chez les nouveaux-nés.—Dans le *Prager medicinische Wochenchrift*, le docteur Epstein préconise le lavage de l'estomac chez les enfants dans le traitement des divers désordres gastriques du premier âge. Il se sert pour cela de sondes molles de différents calibres, qu'il relie à l'aide d'un petit ajutage en verre, à un tube de caoutchouc d'une longueur suffisante. Il introduit la sonde dans l'estomac des enfants et, même lorsqu'il s'agit de nouveaux-nés de deux ou trois jours, il pratique cette manœuvre sans plus de difficultés que chez l'adulte ; la seule précaution à prendre est d'empêcher que le tube soit entraîné trop loin par les efforts de déglutition. Les contractions de l'estomac résultent de l'irritation causée par la présence du tube ce qui favorise le rejet du contenu de l'organe. Pour opérer son lavage, Epstein se sert de trente à cinquante grammes d'eau distillée tiède, additionnée d'un peu de benzoate de magnésie et d'hydrocarbonate de soude. On introduit le liquide à l'aide d'un siphon qu'on élève plus ou moins, en prenant garde à l'introduction de l'air dans l'estomac. Si l'enfant crie pendant la manœuvre, on suspend un instant l'introduction du liquide ; il peut être nécessaire de renouveler ce lavage deux ou trois fois de suite pour obtenir le rejet d'un liquide incolore.

Avec un peu de précaution, la perforation de l'estomac n'est pas à craindre ; on peut observer toutefois une légère hématémèse ; mais elle est insignifiante et tient à de petites déchirures capillaires, déterminées par les efforts de vomissement. Il n'y a pas non plus à craindre, en calculant bien la longueur de tube introduite, que les liquides injectés soient directement portés au delà du pylore. Ce mode de traitement n'a de contre-indications que dans le cas de troubles pulmonaires. L'indication principale est le catarrhe de l'estomac, avec phénomènes de même nature du côté de la bouche ou des intestins ; on prévient ainsi directement les fermentations et l'indigestion qui en est la conséquence. C'est également un auxiliaire précieux quand on l'emploie dans le début du cholera infantile, et on doit en continuer l'usage tant que l'enfant a de la tendance à vomir.—*The Medical Record*, 19 avril 1884.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Monoplégie du bras et de la jambe, de nature hystérique.— Clinique de M. CHARCOT à la Salpêtrière.—Il y a quatre jours, un cas assez particulier d'hémiplégie s'est présenté à notre consultation. Les caractères intéressants qu'il nous offre pouvant disparaître sous peu de jours, j'ai hâte de vous en parler aujourd'hui même, sans plus tarder.

La malade est une jeune fille qui, dans l'imposibilité de marcher, voire même de se tenir debout sans aide, nous a été amenée en voiture. Elle était atteinte d'une paralysie complète du membre supérieur et incomplète du membre inférieur, paralysie survenue subitement, trois jours auparavant, dans les conditions suivantes: Elle a dix-neuf ans; elle est assez forte, bien constituée, jouissant ordinairement d'une bonne santé, et exerce la profession de blanchisseuse dans un des bateaux-lavoirs qui sont installés sur la Seine. Comme antécédents héréditaires, nous ne trouvons rien qui touche à quelque affection nerveuse, rien chez sa mère, rien non plus chez sa sœur, actuellement âgée de vingt-huit ans, rien non plus chez son père, fabricant de verres de lunettes, si ce n'est qu'il a été frappé aussi subitement, il y a quelques années, d'hémiplégie gauche tenant, selon toutes probabilités, à la formation d'un foyer hémorrhagique, du moins d'après les renseignements qui nous ont été donnés.

Quant à l'histoire antérieure de notre malade, nous ne trouvons rien avant l'âge de seize ans. A cette époque elle a eu la scarlatine, laquelle a été, en quelque sorte, le signal de crises nerveuses qui ont duré pendant un an environ. La première est survenue pendant la convalescence de cette scarlatine; elle était caractérisée, comme toutes celles, du reste, qui ont suivi, par une perte de connaissance subite et absolue et la chute à terre de la jeune fille. Mais jamais elles n'ont été précédées de la moindre aura, jamais accompagnées de grands mouvements du corps, ni de grandes secousses, ni d'évacuations involontaires, en un mot, d'aucun de ces phénomènes qui caractérisent l'épilepsie. La malade revenait assez promptement à elle et la crise se terminait par une sensation de boule et par des pleurs. Ce n'est donc pas de l'épilepsie. Du reste on n'est pas épileptique pendant un an pour ne plus l'être ensuite. Or depuis deux ans toute crise a cessé. Il est donc parfaitement vraisemblable qu'il s'agissait d'hystérie.

Bref cette jeune fille allait bien, lorsque dans la nuit du 28 au 29 du mois dernier, alors qu'elle dormait d'un sommeil très calme, elle fut réveillée en sursaut par un fracas des plus violents. Un pan de mur de sa chambre venait de s'écrouler au dessus de sa tête, sans que, par un hasard providentiel, il lui causât aucun traumatisme. Néanmoins, le reste de la nuit fut des plus agités; elle croyait, dans son sommeil, qu'à chaque instant plafond ou muraille tombait sur elle. Le matin, elle se leva comme d'habitude et pendant toute la journée elle vaqua à ses affaires comme en temps ordinaire. Elle ne paraissait donc sous le coup d'aucun état morbide, lorsque le lendemain, à sept heures et

demie du soir, au moment où elle se disposait à quitter son bateau-lavoir, tenant son seau de la main droite, elle s'affaissa sur elle-même, du côté droit, sans crise aucune ni perte de connaissance. Les membres inférieur et supérieur droits étaient paralysés, ce dernier à peu près complètement.

Il ne pouvait être question de quelque affection cérébrale, la face était intacte, sans la moindre déviation; il en était de même de la langue, et la parole était aussi nette que les jours précédents; rien, en un mot, ne correspondait à un choc cérébral. Il s'agissait donc de deux monoplégies combinées: monoplégie du membre supérieur et monoplégie du membre inférieur du même côté, avec flaccidité et non rigidité, ce qui est très important.

Aujourd'hui il y a tendance manifeste à amélioration; la paralysie motrice est moins flasque que les jours précédents, il semble qu'il y ait quelques mouvements dans les doigts et dans le pouce. L'étude des réflexes ne nous donne que des renseignements négatifs; ces réflexes ne sont point effacés ni disparus comme dans la paralysie infantile; loin de là, ils paraissent plus prononcés que d'habitude, tant sur le membre supérieur que sur l'inférieur. La malade peut aujourd'hui se tenir debout, et elle marche comme quelqu'un qui, ayant mal au pied, oserait à peine le poser sur le sol; mais elle ne le traîne pas ni ne le laisse aller comme dans certaines affections.

Du côté de la sensibilité que trouvons-nous? Deux catégories de faits se peuvent montrer: la première se rapportant à la sensibilité commune, sensibilité tactile, sensibilité à la douleur et à la température; la seconde est ce que l'on appelle le sens musculaire. Passons-les en revue toutes deux. Aujourd'hui comme hier la peau des membres paralysés est insensible à la douleur, pour le bras notamment, depuis l'extrémité des doigts jusqu'à la racine du membre, c'est-à-dire jusqu'à une ligne s'étendant du bord antérieur de l'aisselle à son bord postérieur. Sur toute la même zone il y a insensibilité à la température ainsi qu'insensibilité tactile. Quant au sens musculaire, il est encore complètement perdu et je puis faire mouvoir les diverses articulations du membre supérieur paralysé, par exemple, sans que la malade s'en aperçoive; elle a perdu absolument la notion de situation de sa main, de son avant-bras, etc., à tel point que lorsque je lui demande de saisir, les yeux fermés, sa main droite avec sa main gauche, cette dernière cherche sans pouvoir la rencontrer, à moins qu'elle ne commence son exploration par l'épaule droite, où le sens musculaire est encore conservé. Alors de là elle descend peu à peu vers le bras et l'avant-bras pour arriver enfin à toucher sa main.

La température de la peau comparée des deux côtés pouvant être un élément de diagnostic, voyons ce qu'elle nous donne:

Membre supérieur droit (paralysé) 29°
" " gauche (sain) 31°.
Membre inférieur droit (paralysé) 28°,8.
" " gauche (sain) 32°,4.

Ce qui nous apprend immédiatement que la monoplégie, chez notre malade, n'est point de cause cérébrale, sans quoi la température serait plus élevée du côté malade que du côté sain.

L'état général de cette jeune fille est également opposé à une lésion cérébrale; en effet, point de douleurs de tête, ni de vertiges; les fonc-

tions digestives s'accomplissent très régulièrement, la malade a conservé un très bon appétit. Mais, d'autre part, nous ne constatons pas ces troubles de la sensibilité dans les appareils sensoriels, que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques; rien, par exemple, du côté de la vue, pas de rétrécissement du champ visuel, nulle modification dans la notion des couleurs, rien non plus du côté des ovaires, pas de douleurs ovariennes. Du reste, nous savons que ces phénomènes ne sont pas constants chez les hystériques.

Bien que le diagnostic ne présente, d'après l'énumération de tous les symptômes, aucune difficulté et qu'il s'agisse très nettement d'accidents de nature hystérique, passons en revue quelques-unes des affections avec lesquelles on pourrait, avec beaucoup de bonne volonté, confondre la maladie de notre jeune fille.

Il y a, dans la pathologie nerveuse, des maladies avec lésion et des maladies sans lésion constatable, du moins jusqu'à présent, dans l'état actuel de la science. S'agirait-il donc, ici, de quelque lésion spinale, de quelque myélite à foyer hémorrhagique consécutif; il faudrait, dans ce cas, que le petit foyer se fût développé dans un côté seulement de la moelle, ce qui serait une rareté. Vouloir le prétendre serait même, dans le cas présent, une monstruosité, les troubles de la sensibilité existant dans le côté paralysé, tandis qu'en cas de myélite ils se rencontreraient dans le côté opposé. Nous n'avons donc pas affaire à une lésion organique de la moelle; cependant, si cela était, ce serait une lésion *dynamique* de la moelle.

S'agirait-il de quelque lésion cérébrale profonde? Pas davantage, car la figure et la langue sont restées indemnes, il n'y a eu aucun phénomène cérébral au début, ni choc, ni vertiges. Les accidents survenus chez notre malade ne sauraient pas reconnaître non plus pour cause une lésion de la substance corticale, car, entre autres symptômes de début, on aurait constaté tout au moins des phénomènes convulsifs.

En résumé, toutes les hypothèses que nous faisons ici sont absolument gratuites, et nous n'avons aucun doute sur la nature hystérique de la monoplégie des deux membres supérieur et inférieur du côté droit: d'où le pronostic favorable d'une guérison, surtout quand la santé générale n'est pas compromise.

Ajoutons à cela que l'électrisation des deux membres va, selon toutes probabilités, activer très rapidement cette guérison en leur rendant les mouvements et la sensibilité perdus.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement du coryza par les inhalations d'eau camphrée.—Le Dr Dobson conseille, dans le *Lancet*, le traitement suivant, auquel il attribue une grande efficacité: " On met environ quatre grammes de camphre grossièrement pulvérisé ou rapé dans une chocolatière à moitié pleine d'eau bouillante. Le malade fait un cornet de papier assez large pour s'envelopper la face par la grande ouverture, et en même temps pouvant obturer le goulot de la chocolatière par la plus étroite. En adaptant sur le visage l'ouverture la plus large, il respire librement, aspirant la vapeur camphrée à chaque inhalation, et la forçant à passer, à chaque expiration, contre la surface extérieure du nez et les parties voisines. Une double action se produit: la vapeur camphrée agit intérieurement d'une manière spécifique sur toute l'étendue de la muqueuse, et extérieurement elle produit une sueur profuse de la peau

du nez et des joues, agissant ainsi comme un dérivatif de l'inflammation de la membrane de Schneider. La chocolatière devra être entourée d'une étoffe de laine pour empêcher le refroidissement de l'eau, ou mieux on placera sous elle une lampe à alcool allumée, ou un fer chaud pour maintenir la température de l'eau et la vaporisation du camphre. Le patient continuera à respirer, en gardant le cornet de papier collé à sa figure, durant dix à vingt minutes, et recommençant ainsi toutes les heures jusqu'à ce qu'il éprouve un soulagement complet. Dès la première inhalation il se sent mieux, et trois à quatre suffisent pour amener la guérison. Le camphre et quelques-unes de ses préparations ont été, comme on sait, fort employés dans le traitement des catarrhes, mais l'emploi simultané de la vapeur d'eau camphrée tant à l'intérieur qu'à l'extérieur n'a encore été préconisé dans aucun ouvrage de médecine. Ce mode d'application est cependant très important, et comme il n'est pas difficile à se procurer, je crois que ceux qui en essayeront y trouveront un remède aussi simple qu'efficace contre le coryza. "—*Union pharmaceutique.*

Du vertige au point de vue séméiologique.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—En prenant aujourd'hui comme sujet de leçon les vertiges dont se plaint la malade que j'examinais ce matin sous vos yeux, j'ai pensé pouvoir vous donner une juste idée des difficultés d'interprétation que comporte un syndrome aussi complexe.

Associé aux affections les plus diverses, le vertige est tantôt sympathique et tantôt symptomatique. Qu'il survienne, en effet, au cours de l'épilepsie, d'un trouble gastrique ou d'une poussée de syphilis cérébrale, le tableau change peu. Il consiste toujours, à quelques degrés près, en une obnubilation passagère avec perte du moi (très fugace chez l'épileptique), dans laquelle le malade voit tourner autour de lui les objets environnants, se sent osciller, menacé de tomber à terre, parfois même soulevé par une force invisible. Pour lui, la notion des rapports avec le monde extérieur se supprime tout à coup. C'est qu'effectivement la suppression de l'activité simultanée des sens, au profit de l'un deux, exclusivement favorisé, trouble l'équilibre encéphalique.

C'est ainsi qu'au millieu des brouillards d'une nuit obscure l'oreille perçoit les bruits les plus étranges, et le fait de la sentinelle perdue, tirant un coup de feu sous l'empire d'une hallucination de l'ouïe, n'a rien qui doive surprendre. Le tic-tac du moulin éveille également le vertige chez certains malades, enfin nous savons que certains sauvages, très friands de sensations voluptueuses, cherchent en dansant au son du tambourin à éveiller en eux le vertige.

Sans doute, la fatigue inconsciente des sens ou l'attention prolongée, concentrée sur un seul objet, suffit à déterminer chez certains sujets de violents accès vertigineux. Chez d'autres, on rencontre des lésions labyrinthiques caractérisées par des changements de direction imprimés aux canaux demi-circulaires, d'où inégalité de transmission des vibrations à chacun d'eux. Mais telle n'est pas la seule cause de production du vertige. La vue peut y participer : tel individu, par exemple, est sujet au vertige dans une chambre tendue de papiers rayés verticalement ; tel autre en conservant après l'occlusion des yeux la sensation de l'image perçue réellement un instant avant. De fait, les sensa-

tions ne peuvent jamais s'effacer instantanément. L'image d'un bâton de cire rouge placé au-devant d'une feuille de papier blanc persiste quelques minutes après l'occlusion des yeux.

La sensation persiste-t-elle au delà de ces limites, le vertige apparait alors et solidairement avec lui l'anesthésie, preuve directe des perturbations encéphaliques. C'est à cette particularité que les fakirs de l'Inde doivent de parvenir, après une danse prolongée, à un tel état d'obnubilation qu'ils puissent sans souffrir s'inciser la peau, s'introduire sous les ongles des aiguilles ou de grosses épines de cactus.

Ainsi la persistance d'une sensation entraine à sa suite l'illusion la plus complète : alors même que tout mouvement a cessé, le valseur croit encore tourner ; le vertige peut pourtant être évité et l'attraction du vide se faire d'autant moins sentir que le champ visuel tend à se restreindre. On peut s'assurer du fait en fixant du haut d'une tour un objet si éloigné soit-il. Si, par contre, l'œil se perd dans le vague, en haut comme en bas, le vertige reparait avec ses illusions. A côté de cette variété toute physique du vertige, il faut signaler un vertige psychique (vertige mental) par le fait duquel la volonté semble se dérober. Sous cette influence, l'individu cesse de s'appartenir. Étranger au monde, il perd la notion de ses actes et devient à proprement parler passif. Quelques femmes, abdiquant ainsi leur volonté et cédant à un trouble mental, s'abandonnent inconsciemment au premier venu. Chez certains sujets impressionnables on observe de même sous l'influence de la peur des vertiges auriculaires, des troubles de l'ouïe, de l'incertitude de la marche pouvant entrainer des chutes. D'autres névropathes se laissant aller à leurs tendances impulsives perdent sur eux-mêmes toute autorité. Tel individu, par exemple, qui voit passer sous ses yeux un convoi rapide, se sent entrainé sous les roues du train et y tomberait effectivement s'il ne détournait les yeux.

D'autres fois le vertige (si je puis ainsi m'exprimer) semble s'emparer d'un membre. La main, par exemple, agitée d'un tremblement nerveux, subit l'influence de l'activité musculaire inconsciente. Tout le monde connait l'expérience qui consiste à suspendre par un fil, au centre d'une coupe, une pièce de monnaie. Les oscillations de la main qui le soutient sont bientôt si prononcées que sans la précaution de fixer la main elle-même sur un corps solide, la pièce de monnaie irait sans tarder heurter les parois du verre.

D'ailleurs rien n'est plus individuel que le vertige qui dépend de la constitution, de l'éducation et du caractère des sujets. Tel homme d'apparence athlétique n'ose pas traverser un pont escarpé, tandis qu'un enfant regarde sans crainte au fond d'un abîme. Au point de vue clinique, le vertige est donc un accident nerveux, habituellement dû à un trouble des sens. De là une singulière prédominance des vertiges auriculaires ou oculaires sur les autres variétés. Ceux-ci (d'après Abadie) seraient liés à des troubles d'accommodation, tandis que les autres résulteraient, suivant Ménière et la plupart des otologistes, d'une altération des canaux demi-circulaires, auxquels les vibrations sont transmises par la membrane du tympan. L'hyperesthésie de celle-ci vient-elle à être réveillée par le contact d'un stylet ou par l'arrivée d'une injection brusque, le vertige suivi de chute se produit tout aussitôt. Quel que soit d'ailleurs le point de départ de l'irritabilité réflexe, le même accident pourra s'observer : telle est la cause du vertige

laryngé (Charcot) et des troubles encéphaliques qui viendraient compliquer le tableau des scléroses médullaires et mésocéphaliques (Giraudeau). Encore faudrait-il, suivant cet auteur, qu'il y ait compromission des parties supérieures de la moëlle.

Si maintenant l'on vient à synthétiser, et, partant, à chercher le lien qui unit les unes aux autres les manifestations du vertige cérébro-spinal, il devient évident que dans la majorité des cas, c'est à des troubles circulatoires qu'ils doivent être imputés.

Le vertige, en effet, qu'il s'accompagne ou non de ralentissement dans la circulation veineuse (congestion), s'observe de préférence dans l'anémie cérébrale. L'artérite à ses différents degrés, qu'elle procède de la syphilis (artérite syphilitique), de l'athérome ou de la goutte, engendre les mêmes accidents. Aussi le vertige devait-il, suivant Lasègue, éveiller l'idée de transmission goutteuse chez tous les sujets prédisposés. C'est aux mêmes troubles circulatoires qu'il faudrait rapporter les éblouissements si souvent observés dans la sclérose en plaque et dans les tumeurs cérébrales. Les mêmes phénomènes s'observent encore dans certaines formes du vertige par intoxication. C'est ainsi que l'alcool, l'absinthe et le tabac, les vapeurs de charbon, l'intoxication saturnine peuvent, au même titre que l'intoxication médicamenteuse par l'opium et le sulfate de quinine, provoquer l'obnubilation, l'apparition de bluettes, enfin des douleurs avec pesanteur de tête.

J'en aurai fini, messieurs, de cette longue énumération, quand je vous aurai décrit le vertige stomacal. On peut dire de lui ce que disait Lasègue à savoir : que jamais son intensité n'est proportionnée à l'étendue des lésions. Tout au contraire, la lésion se traduit-elle par des troubles légers, le vertige apparait : celles-ci s'aggravent-elles, le vertige s'efface. Il n'en n'est pourtant pas moins certain qu'il existe une relation entre la lésion et l'accident, celui-ci paraissant et disparaissant avec le trouble gastrique.—*Revue médicale.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Infiltration d'urine, abcès urineux.—Clinique de M. Terrillon à l'hôpital de la Charité.—Je vais vous parler d'un accident qui survient assez souvent dans le cours des maladies des voies urinaires, et dont nous avons eu plusieurs exemples cette année ; nous avons encore dans nos salles, aux numéros 25 et 49, deux hommes qui me serviront à vous montrer la marche de ces accidents connus sous le nom d'infiltrations urineuses et d'abcès urineux.

Vous m'avez vu tous ces jours-ci m'arrêter longuement auprès d'un homme de 63 ans, couché au n° 49 et qui nous raconte ceci :

Il y a 20 ans, il a eu la chaude pisse, qui guérit assez facilement, mais 7 ou 8 ans après, son jet d'urine devint petit, filiforme, il mettait du temps à vider sa vessie, il urinait souvent ; en un mot, il présentait les signes d'un rétrécissement de l'urèthre. Depuis, cette affection de l'urèthre a augmenté progressivement, cependant le malade s'en tourmentait fort peu.

Il y a 6 ou 8 mois il a vu que l'urine passait plus difficilement que jamais ; il arrosait son pantalon, et comme on dit vulgairement, il pissait dans ses bottes

Enfin, il y a un mois, est survenu l'accident dont je veux vous parler. Sans phénomènes bien marquants, il a senti dans la partie postérieure des bourses une grosseur qui peu à peu a augmenté ; les bourses, la région du pubis, la paroi abdominale ont été successivement envahies par ce gonflement

Ce gonflement s'accompagna de rougeur, de chaleur et de fièvre, ce qui l'obligea à se mettre au lit ; peu à peu les accidents se sont accentués ; à la surface du scrotum il vit se développer des phlyctènes, puis il y eut des plaques noires qui se détachèrent, et quand il est entré ici, la moitié du scrotum était détruite. Ce qui restait du scrotum, la verge et la partie inférieure du bas-ventre était rouge et induré.

Quand il pissait, l'urine sortait par des plaies scrotales et par un pertuis du fourreau de la verge. Il en passait à peine quelques gouttes par le canal. C'est là un bel exemple d'infiltration d'urine. Voyons quel est le mécanisme de ces accidents.

L'infiltration d'urine est le produit de l'épanchement de ce liquide hors de ses voies naturelles ; pour cela il faut que le canal soit perforé ; or il peut l'être, soit brusquement, comme chez ce malade du nº 44, qui, pris dans un éboulement, a eu une fracture du bassin, une déchirure du canal et une infiltration rapide d'urine. Ou bien, la perforation se produit derrière un rétrécissement, sans traumatisme extérieur et voici comment : toujours, derrière un rétrécissement, la muqueuse uréthrale est malade, elle est enflammée, fongueuse, exulcérée, d'où cette goutte de muco-pus sécrété par le canal des rétrécis ; or, chaque fois que le malade fait effort pour pisser, la pression de l'urine distend la partie malade en arrière du rétrécissement.

Cette expansion ne peut pas se reproduire plusieurs fois par jour sans inconvénients ; au bout d'un certain temps il se fait une dilatation et une rupture, le plus souvent linéaire.

Cette fente dans la muqueuse et dans la paroi de l'urèthre peut se produire de plusieurs façons :

Tantôt elle est primitivement large, tantôt elle se fait peu à peu et elle ne laisse passer à chaque miction que quelques gouttes d'urine.

Au lieu d'une déchirure, il n'y a quelquefois qu'irritation de voisinage, les tissus voisins s'enflamment, s'indurent et ce n'est que très tard que l'urine sort dans des tissus déjà préparés pour ainsi dire à la recevoir.

La manière dont se fait la déchirure est capitale, car c'est ce qui règle la marche des accidents ultérieurs.

Nous allons nous occuper de la première variété, la déchirure brusque.

L'urine va donc faire brusquement irruption hors de l'urèthre ; mais il faut distinguer, car les malades peuvent se présenter dans des circonstances différentes. Tantôt, faisant effort au moment où ils ont grand besoin d'uriner, tout d'un coup ils sentent un soulagement immédiat et souvent se croient guéris de tout leur mal ; c'est une sensation trompeuse, car c'est le signe de la rupture de l'urèthre. Bientôt il survient des frissons, de la tension, de la douleur au périnée, la fièvre s'allume ; ce cas-là est rare, car la déchirure est rarement assez grande pour que toute la vessie se vide dans le tissu cellulaire d'un seul coup ; plus souvent, à chaque miction, il entre une certaine quantité d'urine dans le tissu cellulaire, et assez rapidement, le scrotum, la verge, les

tissus de l'abdomen sont successivement envahis ; quand l'urine passe en grande quantité, on a vu cette infiltration monter jusque dans l'aisselle ; chez notre malade elle est montée jusqu'à l'ombilic.

L'urine, malheureusement, altère le tissu cellulaire, cependant certaines urines produisent peu d'accidents : ce sont les urines absolument normales ; si la quantité n'est pas trop grande elle peut se résorber ; or, dans tous les cas de rétrécissement, l'urine est altérée : elle est trouble, purulente, souvent ammoniacale, et alors cette urine provoque de la gangrène.

C'est ce qui est arrivé à notre malade, il a eu successivement le gonflement, la rougeur, les phlyctènes, les escharres, et le tissu cellulaire est tombé en morceaux.

Je viens de vous dire ce qui se produit quand l'urine arrive dans le tissu cellulaire des bourses ; mais quelquefois l'urine peut aller dans des régions différentes et ceci dépend du point de l'urèthre qui s'est rompu.

L'aponévrose moyenne que traverse l'urèthre marque une grande limite ; en effet, si l'urine sort en avant de cette aponévrose, elle va se porter le long de la verge, dans le tissu cellulaire du scrotum, et envahira la paroi abdominale. Si, au contraire, la rupture se fait en arrière de cette aponévrose, l'urine ne pourra pas se porter en avant, au moins au début, elle cheminera le long des parois latérales du rectum dans les fosses ischio-rectales, alors la tuméfaction, la rougeur, la gangrène, se produiront au niveau de la partie interne des fesses. Mais, le plus souvent, l'infiltration se produit en avant, parce que les rétrécissements ont leur siège habituel en avant du cul-de-sac du bulbe.

Nous connaissons dans le rétrécissement : la lésion de la muqueuse, sa rupture, et la marche de l'urine suivant le point rompu. Quels sont maintenant les accidents consécutifs à cette irruption de l'urine dans le tissu cellulaire ?

La rapidité, la quantité de l'épanchement sont deux facteurs de premier ordre ; plus l'urine sort en abondance, plus l'infiltration est étendue, et c'est dans ces cas que l'abdomen est envahi, car l'urine n'ayant pas eu le temps de provoquer le sphacèle de la peau, n'a pas d'issue à l'extérieur et court dans le tissu cellulaire ; au contraire, quand il en sort relativement peu, il se produit du sphacèle des téguments ; l'urine peut couler au dehors et l'infiltration est arrêtée ou au moins n'augmente pas. C'est ce qui est arrivé à notre malade : l'infiltration gagnait l'abdomen, mais à ce moment il y a eu sphacèle du scrotum et l'infiltration n'a pas fait de progrès. Cette notion va nous servir à instituer le traitement rationnel ; il faudra faire brusquement cette brèche, cette soupape de sûreté que la nature fait lentement par le sphacèle.

Quel est le pronostic ? Chez les vieillards cette affection est sérieuse, le malade peut mourir par le seul fait de cette inflammation gangréneuse ; la mort, de cette façon, est relativement rare ; le plus souvent, après les accidents du début, tout se calme, on est étonné de voir ces phlegmons gangréneux donner lieu à si peu de réaction. Le pronostic est donc souvent moins grave qu'on ne pourrait le croire au premier abord.

Mais il reste une plaie large, étendue, qui, quelquefois, comprend tout le scrotum, toute la peau de la verge, et qui laisse après elle des fistules.

Ce qui frappe dans ces plaies, c'est la rapidité de leur réparation ; vous voyez chez notre malade ces beaux bourgeons charnus qui ont suivi rapidement la chute du sphacèle du scrotum ; c'est quelquefois si rapide que lorsque les testicules sont à nu, quand le scrotum tout entier est tombé, il se refait une poche qui remplace plus tard ce scrotum.

Ce n'est donc pas la réparation des parties molles qui doit nous préoccuper ; mais on voit quelquefois les malades avant tous ces accidents gangréneux ; revenons donc au début : un malade se présente à nous 48 heures environ après l'entrée de l'urine dans son tissu cellulaire ; il a le périnée dur, gonflé. Nous savons qu'il a un rétrécissement ; le diagnostic est facile à porter ; or, de ce diagnostic découle une des indications les plus urgentes de la chirurgie, il faut savoir agir, et trop souvent les médecins sont trop timorés.

Aussitôt que vous verrez un gonflement inflammatoire du périnée chez un vieux rétréci, n'hésitez pas, ouvrez le périnée, soit au bistouri, soit au thermo-cautère, en suivant le raphé médian.

Ce qui fait hésiter au début, c'est qu'il faut arriver très profondément pour aller jusqu'au foyer ; souvent on se contente d'une incision superficielle ; or, il faut aller loin, sans hésiter, jusqu'à ce qu'on trouve un foyer contenant ou de l'urine, ou du pus, sans cela on n'a rien fait.

En passant sur le raphé, on n'a pas à craindre d'hémorrhagie. Quand on a ainsi ouvert une voie à l'urine, tous les accidents s'arrêtent, les points sphacelés tombent, c'est vrai, mais il n'y a pas de nouvelles poussées phlegmoneuses.

Quelquefois il faut, outre l'incision du raphé, faire des incisions latérales sur les points tendus et durs, ces incisions donnent issue à l'urine infiltrée et évitent les sphacèles qui ne tarderaient pas à se produire.

Il suffit, après cela, de faire des applications de topiques et le meilleur, à mon avis, est la solution de chloral.

Restent le rétrécissement et la fistule.

Ce rétrécissement persiste, mais il est curieux de voir que chez un malade qui pissait difficilement, qui ne pouvait être sondé qu'avec des bougies filiformes, il semble, après ces accidents, se faire un dégorgement, une sédation, l'urine et la sonde passent plus facilement.

On peut donc rapidement traiter le rétrécissement, soit par la dilatation avec les bougies, soit par un autre moyen que j'ai trois fois employé et qui, je crois, n'a pas été souvent mis en pratique. J'ai fait, dans la même séance, le débridement du périnée et l'uréthrotomie interne. Du même coup vous coupez le rétrécissement et vous mettez une sonde à demeure.

On fait en somme, d'emblée, ce qu'on devra faire plus tard.

Quant à la fistule, elle a toujours une tendance à guérir, à condition qu'on rétablisse le calibre du canal ; de cette façon. elle guérit seule, pendant qu'on fait la dilatation.

Nous venons de voir ce qui se produit quand l'urine sort en grande quantité et rapidement hors de ses voies naturelles ; voyons maintenant ce qui se produit quand la déchirure de l'urèthre est petite et qu'à chaque miction il ne sort que quelques gouttes d'urine.

Autour de cette perforation se développe un foyer d'inflammation

locale sans grand retentissement, caractérisé surtout par de l'induration et un peu de douleur ; cette induration augmente peu, mais finit cependant par venir faire tumeur au périnée ; c'est ce qu'on appelle la tumeur urinaire, l'abcès urineux ; il y a toujours, en effet, au centre de ces tissus indurés, une cavité plus ou moins spacieuse qui contient de l'urine et du pus ; ces tissus acquièrent la dureté du tendon, du cartilage ; au bout d'un certain temps, cependant, il se fait un œdème périphérique qui envahit la verge et les bourses.

Quelquefois même il survient, à la suite, tous les symptômes que nous avons déjà décrits sous le nom d'infiltration urineuse.

En effet, le processus destructif continue ; et si cette induration protège, pour ainsi dire, les parties voisines, c'est une protection temporaire, il faut bien le savoir. L'urèthre, déjà perforé, s'ulcère davantage, la communication avec l'abcès urineux s'établit plus large et définitive, et souvent, après la miction, le malade, en pressant sur sa tumeur périnéale, peut faire sourdre, par le canal, une quantité notable d'urine mêlée à du pus.

De plus cet abcès, obéissant à la loi générale, tend à gagner l'extérieur ; il y met plus ou moins de temps, mais il y arrive ; l'ouverture se fait sur la ligne médiane ou dans la région voisine, et souvent sur plusieurs points à la fois ; vous comprenez que ces ouvertures seront autant de fistules urinaires qui laisseront écouler de l'urine à chaque miction et qui, par conséquent, n'auront aucune tendance à la guérison.

Enfin, dans certains cas, il se produit une infiltration d'urine chez un malade porteur d'une tumeur urinaire ; c'est précisément l'histoire de notre malade du n° 25. Depuis longtemps ce malade pissait mal, et il avait, dit-il, une grosseur au périnée au moins depuis un mois ; comme la douleur n'était pas très vive, il s'en préocupait fort peu, quand subitement il a été pris avant-hier de frissons, de fièvre, et son périnée a beaucoup gonflé. C'est alors qu'il est venu réclamer des soins à l'hôpital, sans attendre, comme le n° 49, que la gangrène ait détruit son scrotum.

Dès son arrivée, mon chef de clinique est intervenu et a fait précisément ce que je vous conseillais plus haut, c'est-à-dire l'incision périnéale profonde sur le raphé médian.

Cette heureuse intervention a fait tomber tous les accidents ; vous le voyez, il n'y a plus de fièvre, le malade a dormi, les tissus tout autour n'ont plus cette dureté et cette tendance au sphacèle ; en somme c'est un malade en voie de guérison.

Mais, sachez-le, cette guérison sera longue ; il reste, en effet, le rétrécissement et la fistule, et je ne vous parle pas de cette induration des tissus sur laquelle j'ai déjà appelé votre attention ; elle disparait relativement vite quand on débride largement ; sachez cependant qu'il se fait quelquefois des abcès de voisinage.

Cette induration est surtout tenace dans le cas où le chirurgien n'a pas traité l'affection dès le début, c'est autour des fistules qu'elle se montre et qu'elle acquiert son maximum ; elle apporte un autre obstacle à la guérison de ces fistules, et on ne peut les guérir qu'en excisant toute la zone indurée.

Je vous signale ici une des merveilleuses applications du thermocautère, car vous serez étonné de voir fondre ces indurations sous vos yeux après le débridement des fistules, à l'aide de cet instrument bien supérieur par conséquent au bistouri pour ce cas particulier.

En terminant je vous rappelle donc l'utilité d'une intervention hâtive et active, vous parerez ainsi aux grands accidents imminents et vous faciliterez la cure de la fistule et du rétrécissement.

Incisez hardiment sur la ligne médiane, vous n'irez jamais trop profondément; incisez aussi sur les parties dures et tendues des régions voisines si vous craignez la gangrène possible, et dès les premiers jours vous pourrez commencer la dilatation de l'urèthre.—*Progrès médical.*

De la nature parasitaire de la blennorrhagie, par DE AMICIS.—Depuis les recherches de Neisser sur le micrococcus ou le diplococcus gonorrhéique, bien des vénéréologistes croient que toute blennorrhagie vraie, c'est-à-dire causée par le diplococcus, ne peut dériver que d'une autre blennorrhagie vraie ayant fourni le microbe essentiel. Sternberg a depuis quelque temps protesté contre les idées de Neisser et a soutenu que le micrococcus décrit par cet auteur dans le pus gonorrhéique était le même que le micrococcus ureæ de Cohn, et que ce micrococcus vulgaire était capable, dans des conditions spéciales de culture, de se transformer en divers micrococcus pathogéniques.

Le microbe ne serait donc à peu près rien; ce serait le milieu dans lequel il se développe et les circonstances présidant à ce développement qui serait tout. De Amicis a recherché effectivement si les micrococci existaient dans le pus de l'uréthrite expérimentalement provoquée par des moyens purement irritants, et n'ayant par conséquent aucun caractère de spécificité, et il y a trouvé des diplococci qu'il était impossible de différencier de ceux de la blennorrhagie contractée par contagion. Cependant, il y avait cette différence : c'est que dans la blennorrhagie vraie les diplococci existaient en grand nombre dans le prostoplasma des corpuscules purulents, autour des noyaux, tandis que dans l'uréthrite inflammatoire simple on n'en trouvait pas dans le protoplasma; ils étaient simplement disséminés ou accumulés dans le liquide intercellulaire, et entouraient les cellules épithéliales; ils avaient de plus un diamètre moindre que ceux de l'uréthrite contagieuse. Si donc on admettait les idées de Sternberg, il faudrait en conclure que si la blennorrhagie peut résulter d'une contagion antérieure et être transmise par inoculations successives, elle peut aussi résulter du contact d'un urèthre sain avec des sécrétions vaginales non blennorrhagiques d'origine. De Amicis croit devoir se rallier à cette opinion : il cite à cet égard des expériences qu'il a faites avec du pus de vulvo-vaginite spontanée survenue sur des petites filles qui n'avaient été soumises à aucune tentative criminelle et qui étaient parfaitement vierges; ce pus transporté dans des urèthres sains y a développé une inflammatiou blennorrhagique. Il pense donc que l'on doit admettre aujourd'hui que des catarrhes inflammatoires d'origine commune, indépendants de tout rapprochement sexuel, sont susceptibles dans certaines conditions de donner la blennorrhagie; le micrococcus gonorrhéique a alors une origine autochtone, il provient des microbes communs et indifférents qui existent à l'état normal dans toutes les sécrétions vaginales. La présence des micrococci ou diplococci avec leurs dispositions spéciales et leur volume anormal, dans des sécrétions uréthrales ou vaginales, indique donc que ces sécrétions sont contagieuses, mais elle n'indique point que ces sécrétions proviennent d'un contage antérieur : c'est là un point particulier d'une grande importance qu'il ne faudra point perdre de vue en médecine légale.—*Journal de médec. de Paris.—Lyon médical.*

Pronostic et traitement du cancer du sein.—Extrait des " Leçons de clinique chirurgicale " par le Dr Chs Monod. Conclusions de l'auteur.

L'intervention chirurgicale dans le cancer du sein ne doit pas être *à priori* rejetée.

Mais, pour être réellement utile, elle doit satisfaire à deux conditions essentielles : elle doit être faite en temps opportun ; elle doit être aussi complète que possible.

C'est dire que l'opération sera précoce. Je ne saurais trop insister sur ce point. Elle sera pratiquée, si l'on est consulté à temps, avant que sept ou neuf mois au plus se soient écoulés depuis le début de la maladie. A cette époque la tumeur est encore intra-mammaire, elle n'a touché ni la peau ni les ganglions, à plus forte raison n'adhère-t-elle pas au thorax. On peut dès lors être à peu près certain, en enlevant la glande entière, d'emporter tout le mal.

Pour le cancer du sein, comme pour le cancer de la langue—et je ne fais ici que reproduire la doctrine si souvent défendue devant vous par mon excellent maître le professeur Trélat—vous observerez une même ligne de conduite.

Le diagnostic du cancer de la langue doit être fait, vous a-t-on dit, de bonne heure, alors que le mal est bien circonscrit et d'un accès facile ; pratiquée à cette époque, l'opération sera vraiment efficace, parce qu'elle pourra dépasser largement les limites de la lésion ; elle sera moins grave aussi, parce qu'elle ne nécessitera pas les grands délabrements que commandent des altérations plus étendues ou plus profondes. Il en est exactement de même pour le cancer du sein, et, l'on pourrait ajouter, pour tout cancer occupant une région anatomiquement bien limitée, où le mal peut être à son début, par une opération bien conduite, nettement circonscrit et largement enlevé.

Dans ces conditions, il est permis de parler de la curabilité du cancer. J'ai la conviction qu'à l'avenir, à mesure que les chirurgiens se conformeront mieux aux règles de conduite que nous venons de rappeler, les guérisons définitives deviendront moins rares.

Il faut malheureusement compter avec l'indifférence et la pusillanimité des malades, qui viendront habituellement à vous lorsque cette première période, de tout point favorable, sera passée. Alors même cependant, lorsque la peau est déjà prise, mais pas sur une trop grande étendue, lorsque les ganglions sont tuméfiés, mais accessibles, lorsque l'adhérence au thorax n'est pas trop étroite, il est encore possible de faire une opération utile.

C'est en pareil cas qu'il importe pardessus tout de faire une opération radicale. Depuis longtemps, en France, le professeur Verneuil a donné le conseil de pratiquer, même dans les cancers limités du sein, l'ablation de la glande entière, y compris, dans la plupart des cas, comme je vous le disais tout à l'heure, l'aponévrose du grand pectoral. A plus forte raison en agira-t-on ainsi lorsque le mal envahit ou menace toute la glande. Il est clair que si les muscles sont adhérents, on en fera largement le sacrifice.

On se comportera de même vis-à-vis des ganglions axillaires. J'ai employé plus haut le mot de *toilette* du creux de l'aisselle, qui exprime bien le soin que le chirurgien doit apporter à l'inspection exacte et au nettoyage minutieux de la cavité axillaire. Dans une communication récente à la Société de chirurgie, mon excellent collègue le Dr Kirmis-

son a insisté sur l'importance de ce temps de l'opération. Il est bien près de dire que, dans toute ablation de cancer du sein, l'incision doit être prolongée jusque dans l'aisselle, afin de permettre l'exploration directe de la région. Bien souvent, en effet, on découvre au cours de l'opération quelques glandes malades qui avaient échappé au palper le plus attentif à travers la peau intacte.

Vous ne vous contenterez pas, en tout cas, d'enlever celles qui sont manifestement atteintes, mais, fouillant avec le doigt tous les points accessibles, vous poursuivrez au besoin jusqu'e sous la clavicule toute tuméfaction suspecte.

Si les sensations perçues sont vagues, le mieux est d'extraire tout le paquet graisseux qui remplit l'aisselle. Presque à coup sûr, en l'examinant après coup, vous y trouverez de petits ganglions que le microscope vous montrera déjà dégénérés.

Küster, en Allemagne, qui extirpe systématiquement le contenu de l'aisselle alors même que l'on ne peut sentir aucune tuméfaction évidente, affirme que toujours, à deux exceptions près, les ganglions axillaires présentaient déjà un commencement de dégénérescence cancéreuse. Dans la discussion qui suivit sa communication, on s'accorda à reconnaître l'utilité de l'ablation de tout ganglion malade. Esmarch va plus loin encore : dans les cas où l'adhérence des ganglions et des vaisseaux de l'aisselle rendrait impossible l'extirpation des premiers sans lésion grave des seconds, il estime que l'on est autorisé à pratiquer la désarticulation de l'épaule. Dans un cas où il a agi de la sorte, la malade a guéri et n'a pas eu de récidive. Le moyen est radical. Mais, quelque partisan que je sois des opérations complètes en matière de cancer, je le crois hors de proportion avec les résultats que l'on en peut attendre. Je crois surtout qu'il serait bien rarement indiqué d'y avoir recours. Presque toujours en effet on parvient à enlever les ganglions en ménageant les vaisseaux. Dans le cas contraire, il s'agit habituellement d'une lésion de date ancienne, ou au contraire d'un de ces cancers à marche rapide que l'on a quelquefois désignés sous le nom de " cancers galopants ". Dans ces deux conditions, les altérations ont le plus souvent déjà franchi les limites de l'aisselle, auquel cas, comme nous le verrons dans un instant, l'abstention est de règle.

Je pourrais m'arrêter ici, et ne rien ajouter à ces considérations générales sur le pronostic et le traitement du cancer du sein. Je ne veux pas cependant vous laisser partir en emportant l'impression que je suis de ceux qui opèrent toujours et quand même. Ce n'est pas là ce que j'ai voulu vous enseigner. Je considère bien au contraire que, dans certains cas, l'opération peut être formellement contre-indiquée.

Il en est ainsi, par exemple, lorsque le néoplasme mammaire s'accompagne de nodosités cutanées disséminées à la surface de la région malade. Je ne parle pas ici de l'envahissement de la peau, de la profondeur vers la superficie, qui fait partie, comme nous l'avons vu, de l'évolution normale du cancer du sein, mais bien de petites masses indépendantes de la tumeur principale, de même nature cependant et se développant en même temps qu'elle ou peu après. Elles s'étendent souvent au loin sur la peau du thorax. On peut être certain du moins qu'il en est quelques-unes en voie de formation, trop petites pour être reconnues, qui resteront forcément en dehors du champ opératoire. En pareil cas,

une opération complète est impossible; la récidive dans la cicatrice ou dans son voisinage est fatale.

Le *cancer en cuirasse* de Velpeau, qui est plutôt un cancer des téguments que de la glande elle-même, s'étendant à toute la peau de la partie antérieure du thorax, est aussi un de ceux auxquels il ne faut pas toucher.

J'en dirai autant du *squirrhe atrophique* ou *rétractile* du même auteur, qui se rencontre presque exclusivement chez les femmes âgées. Le sein, loin d'augmenter de volume, se ratatine et paraît revenir sur lui-même; l'ulcération, lorsqu'elle se produit, forme une anfractuosité étroite et profonde, non saignante et suppurant peu; et surtout, fait bien remarquable, le mal peut être porté pendant des années sans qu'il paraisse retentir aucunement sur l'état général. Velpeau rapporte avoir vu des malades vivre dix, quinze et jusqu'à vingt ans avec des productions de ce genre, qui ne les incommodaient pas autrement. Il faut donc ici encore savoir ne pas agir, bien que la tumeur soit petite, limitée et semble inviter à l'opération; l'intervention ne ferait qu'accélérer la marche de la maladie et hâter la terminaison fatale.

A l'autre extrême de la vie, vous trouverez encore des cas dans lesquels il vaut mieux s'abstenir. Ils sont plus difficiles à définir. C'est chez des femmes encore jeunes, fraiches et souvent grasses, ayant toutes les apparences de la santé la plus parfaite. Les seins sont gros, proéminents, et ne paraissent pas malades au premier abord. L'un d'eux cependant est manifestement plus volumineux, il est dur; on y perçoit une masse principale formant tumeur, mais le tissu glandulaire voisin n'a plus la souplesse normale; en l'explorant avec soin, on y découvre des indurations à limites peu précises disséminées dans toute l'étendue du sein. Profondément dans l'aisselle, à travers une couche épaisse du tissu graisseux, on perçoit des ganglions tuméfiés. Nélaton insistait dans ses leçons sur ces cas, qu'il considérait comme de véritables *noli me tangere*. Ici encore, lorsque l'on opère, la récidive se fait avec une promptitude extrême, le plus souvent dans la plaie avant qu'elle ne soit fermée. Laissée à elle-même, la maladie marche avec une non moins grande rapidité. La mort survient ordinairement un an au plus après le début du mal. J'ai eu occasion de voir avec le docteur Tillaux un fait de ce genre qui m'a vivement frappé. Mon savant collègue avait parfaitement apprécié la gravité du cas; l'évènement lui a donné pleinement raison.

Enfin, ai-je besoin de vous dire que, si vous constatez chez vos malades la moindre trace de généralisation, la non-intervention sera un devoir absolu? Je me contenterai à cet égard de vous signaler l'importance de la recherche des ganglions sus-claviculaires. S'ils sont manifestement tuméfiés, n'opérez pas. On peut considérer leur altération comme étant, presque à coup sûr, l'indice d'une généralisation commençante. Lorsque les produits néoplasiques ont du sein gagné les ganglions axillaires et que, franchissant cette première barrière, ils ont atteint les ganglions sous-pectoraux, puis ceux qui siègent au-dessus de la clavicule, il y a grande chance pour que l'infection se soit propagée plus loin, sans peut-être se révéler encore par des signes appréciables à l'exploration directe. On ferait donc, en intervenant, une opération inutile et même nuisible. S'abstenir sera plus sage.

En dehors de ces contre-indications et dans les conditions que je

vous ai exposées plus haut, j'estime que le cancer du sein peut et doit être opéré.

Ces conditions, je les résume d'un mot: opération *précoce*, si possible; en tous cas, opération *complète*.

Ainsi conduite, votre intervention sera absolument justifiée et vous pouvez espérer qu'elle sera utile. Elle procurera à votre malade au moins quelques mois de survie et parfois—plus souvent qu'on ne le croit communément—une guérison définitive.

Traitement du bec-de-lièvre.—Extrait des "Leçons de clinique chirurgicale" par le Dr Chs. Monod.

L'auteur résume comme suit le traitement qu'il préconise contre cette infirmité.

Opérez de bonne heure le *bec-de-lièvre simple*.

Opérez-le à la naissance ou au moins dans le premier mois de la vie. Il y a *urgence physiologique* à intervenir à cette époque, c'est-à-dire que vous mettrez l'enfant en état de prendre le sein, et que vous lui éviterez l'alimentation artificielle et ses dangers.

Après le premier mois cette indication capitale n'existera plus, l'enfant aura perdu l'instinct de la succion. Opérez-le cependant le plus tôt possible, avant le début du travail de dentition. Si l'enfant vous est amené trop tard, alors qu'apparaissent les premières dents, attendez que les huit incisives aient achevé leur évolution.

L'opération du bec-de-lièvre n'est dangereuse que par l'hémorrhagie dont elle s'accompagne; cette complication, d'autant plus sérieuse qu'elle se produit chez un enfant, devait autrefois faire redouter l'opération hâtive. Il n'en est plus de même aujourd'hui, grâce à l'emploi du couteau thermique pour les débridements, qui réduit l'écoulement sanguin à un minimum sans importance.

Pour ce qui est du procédé opératoire, donnez entre tous la préférence à celui de Mirault, heureusement modifié par Broca. C'est celui qui assure le mieux la réunion des parties et une bonne restauration des formes.

Si vous avez affaire à un *bec-de-lièvre compliqué*, assurez-vous d'abord que l'enfant est viable et en état de se développer, qu'il pourra en particulier supporter l'alimentation à la cuiller à laquelle il sera, même après l'opération, nécessairement réduit. Pour vous éclairer à ce sujet soumettez-le à l'épreuve des pesées régulières, et constatez que son poids augmente.

Alors, et alors seulement, opérez-le.

Ici encore, et par le même moyen que tout à l'heure, l'hémorrhagie peut être rendue insignifiante. Certaines sections osseuses, si elles sont nécessaires, telles que celles de la cloison, peuvent elles-mêmes être pratiquées sans perte de sang.

Faite dans ces conditions, l'opération du bec-de-lièvre compliqué lui-même n'est pas dangereuse et devra être exécutée le plus tôt possible.

La réunion des parties molles favorise en effet le rapprochement des parties osseuses divisées, bénéfice considérable qu'on ne doit pas négliger.

Le même procédé sera mis en œuvre. Plus encore que dans le bec-de-lièvre simple, les débridements étendus peuvent être nécessaires; ils permettent sans autre adjuvant le rapprochement de divisions dont

l'écart est considérable. Certaines saillies osseuses elles-mêmes, insurmontables en apparence, pourront être recouvertes par la lèvre nouvelle largement libérée, sans qu'il soit besoin de les sectionner ou de les briser.

En vous conformant à ces règles générales de conduite, que vous modifierez au besoin suivant la variété infinie des cas particuliers, vous aurez, je crois, toujours la satisfaction de pouvoir faire une opération opportune et vraiment efficace, sans jamais faire courir à vos petits malades de dangers sérieux.

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Des douleurs de l'accouchement.—M. Schatz (de Rostock) a fait part à la section d'obstétrique du Congrès des médecins allemands, d'une partie de ses travaux concernant la physiologie et la pathologie de l'accouchement ; il a parlé de la force des contractions de l'utérus, du type des douleurs et de l'influence du seigle ergoté.

Si l'on désigne la pression intra-utérine pendant la pause par 0, la pression produite par la contraction de l'utérus ne dépasse jamais la hauteur de 100 millimètres de mercure. Dans la majorité des cas, la pression intra-utérine n'atteint que la moitié ou les deux tiers de cette hauteur.

A chaque accouchement, les premières douleurs montrent une pression basse, et bientôt après les premières contractions viennent les contractions maxima, qui restent à la même hauteur pendant tout le travail de l'accouchement. Il n'est pas vrai que la force de la contraction s'accroisse en raison de la résistance. Lorsque, par exemple, il y a un bassin étroit, l'accouchement peut durer plusieurs jours, mais les contractions maxima ne s'accroissent pas. Le travail effectué par l'utérus, lorsque la résistance est trop grande, consiste dans une action prolongée, action qui ne fatigue pas l'utérus tant que les contractions sont régulières et se font par intervalles d'une minute au moins. Si la pause est trop courte ou si elle disparait entièrement, alors l'utérus se fatigue bientôt.

Dans les contractions combinées et les contractions qui se font à courts intervalles, la première contraction est toujours la plus forte ; elle est suivie d'autres de plus en plus faibles. Cela s'explique par la nutrition défectueuse de la musculature utérine pendant la pause incomplète. La disparition de la pause est aussi la cause de l'abaissement de la hauteur des contractions dans l'application du seigle ergoté.

Bien que la paroi de l'utérus grossisse dans le cours du travail de l'accouchement, la contraction maxima ne gagne rien ni en force, ni en hauteur, puisque le travail des fibres lisses, de même que celui des fibres striées, diminue en raison de leur raccourcissement.

Quant au type des douleurs. il n'est pas toujours régulier. Quelquefois les douleurs se présentent en groupes de deux à quatre. Ce qui caractérise ces groupes, c'est qu'entre deux groupes il y a une pause plus grande qu'entre deux contractions du même groupe, et que la hauteur des contractions formant un groupe diminue en commençant par la première.

Parfois ces groupes sont si fréquents qu'on ne peut plus distinguer entre eux une pause ; M. Schatz appelle cela des douleurs combinées.

Le seigle ergoté est un médicament précieux et très efficace qu'on peut employer avec succès, même pendant le travail de l'accouchement. Il faut seulement que la préparation soit bonne et que le dosage et l'application soient justes. On connaît les difficultés dans la préparation et dans l'emploi du seigle ergoté. Le mieux serait de l'administrer sous forme de poudre fraîche, mais les huiles éthérées rendent son emploi impossible. La poudre privée des principes huileux a un très mauvais goût et n'est pas efficace. M. Schatz a fait préparer un extrait fluide qui peut être conservé un an sans s'altérer et sans rien perdre de son efficacité. Cette préparation a encore l'avantage de permettre un dosage exact.

Il n'est pas vrai que le seigle ergoté provoque des spasmes utérins. Son action consiste seulement dans une accélération des contractions. Lorsque les doses sont trop fortes, les contractions se suivent sans laisser entre elles le moindre intervalle. Mais si l'on prescrit des petites doses, de façon qu'il n'y ait que sept contractions par minute, on obtient des douleurs normales. M. Schatz a administré cet extrait à la dose de 12 gouttes (1|2 gramme), pour élever le nombre des contractions de quatre à sept par minute, On ne doit pas aller plus loin. L'action se montre après un quart d'heure. C'est une erreur d'administrer à chaque quart d'heure une nouvelle dose, car on a alors une action cumulative. Ordinairement il ne faut administrer qu'une seule dose; si l'on est forcé de donner une seconde dose, il ne faut le faire qu'une demi-heure, ou mieux, une heure après la première.

La surveillance du médecin est absolument indispensable lorsqu'on se sert du seigle ergoté, il ne faut jamais se fier à la sage-femme. Malgré l'excellence du médicament, M. Schatz ne saurait trop recommander de la prévoyance et de la précaution dans son emploi, car les mauvais effets des doses exagérées ne peuvent être corrigés ni par la morphine, ni par le chloroforme.—*Médecin praticien.*

Du traitement de l'éclampsie puerpérale.—Un traitement logique doit nécessairement s'inspirer des théories admises sur la cause de l'affection qu'il prétend guérir. Ceux qui ont attribué l'éclampsie à *la pléthore* ont proposé la méthode évacuante, et, parmi les moyens, la *saignée générale* étant le mode de traitement le plus rapide et le plus direct, ils ont proposé la phlébotomie;—ceux qui ont rattaché l'éclampsie à une excitation cérébro-spinale : les anesthésiques et les antispasmodiques, chloral, chloroforme, bromure de potassium, opium ;—ceux qui ont fait de l'éclampsie une attaque urémique pendant la grossesse, ont indiqué le moyen d'évacuer le poison, proposant la voie rénale, la voie intestinale, la peau, diurétiques, purgatifs drastiques, sudorifiques, lait, pilocarpine. Tous aujourd'hui, depuis que la relation entre la néphrite et l'éclampsie est établie, sont d'avis de prévenir l'attaque par le traitement de la maladie rénale. Nous allons donc exposer les méthodes du traitement préventif, les méthodes usitées pendant l'accès, et suivre aussi les règles qui doivent guider l'accoucheur en ce qui concerne la parturiente et le fœtus.

Le *traitement préventif* porte aujourd'hui sur la lésion rénale, et, comme le meilleur mode de traitement de la néphrite albumineuse est actuellement le régime lacté, on l'applique dans toute sa rigueur, progressivement ou d'emblée (Tarnier, Charpentier, etc), et aussi long-

temps que l'albumine persiste; on le continue encore après quelque peu pour revenir graduellement à la nourriture commune; les amers, les toniques, les alcalins, les ferrugineux rendent alors de grands services. Sous l'influence diurétique du lait, les urines deviennent claires, abondantes, l'œdème disparait et les vertiges, la céphalée s'éloignent; on peut adjoindre à l'action diurétique les évacuants, tels que les sulfates de soude et de magnésie, la scammonée, l'eau-de-vie allemande, les bains de vapeur qui luttent tous contre l'action hydropigène de l'affection, mais en se rappelant, toutefois, que le vrai filtre de l'urée est le rein et que les liquides excrétés par la voie cutanée ou la voie intestinale contiennent très peu d'urée (Bouchard) comparativement à la quantité de liquide évacué.

Cazeaux, Depaul, Peter sont grands partisans de la *saignée*; car, pour Peter, la femme grosse est pléthorique, non pas que sa richesse en globules rouges soit excessive, loin de là; mais la masse totale du liquide sanguin est accrue, et il y a prédisposition à la congestion de tous les organes, notamment des reins, dont la circulation est reliée si intimement aux fonctions utérines; cette congestion rénale, pour M. Peter, est cause de l'albuminurie, donc tout ce qui décongestionnera le rein (ventouses scarifiées sur la région lombaire, saignée générale, purgatifs), diminuera l'albuminurie, partant la prédisposition aux attaques éclamptiques. Ainsi, saignée locale, saignée générale sont le meilleur traitement à instituer lors des prodromes de l'accès. Charpentier partage cette manière de voir et associe la saignée au lait, quand ce dernier ne suffit pas, ou n'est pas toléré.

Si, pendant le travail, quelques symptômes peuvent faire prévoir l'apparition d'un accès, alors que les attaques éclamptiques ne se sont pas encore produites, on tâchera de le prévenir par la saignée s'il y a lieu, par le chloral à l'intérieur, le chloroforme en inhalation, en suivant les règles qui vont être indiquées plus bas, pour le cas où la parturiente est déjà en proie à l'éclampsie.

Il est aussi un autre traitement préventif: c'est la terminaison rapide de l'accouchement, pourvu que le travail soit suffisamment avancé et la *dilatation ou la dilatabilité du col complète.*

Mais faut-il accélérer le travail, surtout le provoquer? Tarnier semble le croire et propose même l'accouchement prématuré vers 8 mois, 8 mois 1[2, si la mère, déjà éclamptique à une précédente grossesse, présente des signes probables d'éclampsie à venir.—Charpentier s'oppose complètement à cette manière de voir; Bailly est moins affirmatif, mais ses conclusions relatives à la conduite à tenir vis-à-vis de la personne éclamptique à terme et en travail, semble le mettre d'accord avec Charpentier: il n'admet, en effet, l'intervention obstétricale pour provoquer ou accélérer l'accouchement que dans le cas ou le travail est très lent, ou ne se fait pas, ou quand la vie de la mère est déjà très compromise par les attaques éclamptiques et quand, enfin, le traitement médical est impuissant. Or dans le cas actuel, rien de semblable; la mère est sous le coup d'une attaque, il est vrai, mais sa vie n'est pas encore très menacée; donc attendre, en usant de la thérapeutique médicale, et n'intervenir obstétricalement que si l'état de la mère le réclame; l'on verra plus bas à l'aide de quels procédés.

Tel est, en résumé, le traitement usité au moment des prodromes,

alors que l'accès est seulement à craindre : lait, puis saignée modérée, purgatifs salins, et au moment du travail, anesthésiques enfin si l'état du col le permet, accouchement rapide (forceps ou version).

Traitement pendant l'accès. Quand l'accès se déclare, on usera encore des moyens indiqués plus haut comme préventifs, mais c'est, par excellence, le moment des *sédatifs*, des antispasmodiques et surtout des *anesthésiques*, dont l'action est plus rapide ; le bromure de potassium, proposé, parait agir trop lentement ou incomplètement ; le même reproche a été fait au chloral, mais avec beaucoup moins de raison, car son action, sans être aussi rapide que celle du chloroforme, se manifeste très vite ; toutefois la *saignée* compte de nombreux partisans (Cazeaux, Depaul, Peter), mais la saignée rapide, abondante, répétée même (Depaul jusqu'à 1,000, 1,500 gram., en quelques heures).

Quelles que soient les idées adoptées à ce sujet, il est certain que chloroforme, chloral, saignée, comptent de nombreux succès et que la réunion de ces trois procédés est d'un précieux secours.

On donnera donc le chloroforme en inhalation, rapidement, et jusqu'à *résolution*, et chaque fois que la malade présentera les signes d'une nouvelle attaque. Il ne faut pas laisser les femmes reprendre connaissance, ni même se réveiller, et il faut les maintenir ainsi endormies pendant 6, 8 heures, 15 heures quelquefois.

C'est ainsi qu'il faudra agir avec le chloroforme, s'il est donné seul et non associé au chloral. Toutefois, il convient de l'administrer *en dehors des attaques convulsives*, et lorsque le coma se dissipe. Pendant l'accès, en effet, les fonctions respiratoires sont fortement troublées, et ce n'est que quelque temps après que la circulation pulmonaire reprend le caractère normal ; on conçoit donc qu'il serait intempestif et même dangereux de faire inspirer un air mélangé de vapeurs *toxiques* en quelque sorte ; l'indication serait plutôt d'aérer largement la chambre.

Le moment le plus propice aux inhalations est donc l'intervalle de deux accès, quand le coma se dissipe et quand les signes d'agitation prémonitoire de l'accès se manifestent ; mais il faut, autant que possible, tenir la malade endormie, somnolente ; c'est le meilleur moyen d'empêcher l'excitation qui devance l'accès.

Si le chloral ne peut être donné, même en lavement, ce qui est rare, le chloroforme en inhalation est le meilleur procédé d'anesthésie ; mais il réclame la présence continuelle du médecin, et la respiration prolongée de cet anesthésique peut n'être pas sans inconvénient, même quand on a soin d'interrompre les inhalations de temps à autre, et de ne donner le chloroforme qu'au moment du réveil. Aussi le chloral administré par le rectum (4 à 6 gram., en une fois, dans un verre de lait) l'intestin étant au préalable vidé par un lavement purgatif, a-t-il rendu de grands services. On combine son emploi avec celui du chloroforme, de cette façon on donne des doses moindres de l'un et de l'autre, l'action rapide du chloroforme venant en aide à l'action plus lente du chloral ; car l'un et l'autre anesthésique visent le même but : calmer l'iritabilité et modérer les attaques.

C'est alors aussi que l'examen de la température fournit de précieux renseignements ; baisse-t-elle, c'est que la thérapeutique agit favorablement, s'élève-t-elle ou reste-t-elle constante, c'est l'indice que les moyens employés sont insuffisants, et de nouveau, chloral, chlorofor-

me doivent être administrés; on est allé jusqu'à 12, 16 gram., de chloral en vingt-quatre heures, en trois ou quatre fois (Charpentier),

Telle est la conduite du médecin pendant la période des attaques ; il doit, en outre, veiller à ce que la langue ne soit pas mordue (cuiller, serviettes tendues sur les arcades dentaires), que rien ne vienne agacer la femme; vider la vessie, éviter les explorations inutiles.

Pendant la *période de coma*, si la face est turgide et la congestion manifeste, on appliquera quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, surtout si la saignée générale a été jugée intempestive : on pourra en outre exercer une déplétion active à l'aide du calomel, de la poudre de jalap, de l'eau-de-vie allemande.

Toutefois, comme il est de règle, ou à peu près, que les accès persistent jusqu'à l'expulsion du fœtus, quelle doit être la conduite de l'accoucheur ? Tout le monde est d'accord qu'il y a bénéfice pour la mère et l'enfant à *voir l'accouchement se terminer le plus tôt possible*, soit par version, soit par forceps, suivant la présentation; mais, faut-il attendre que l'orifice soit dilaté ou dilatable complètement ? Faut-il, comme le veut Depaul, dans les cas urgents, faire quelques incisions sur l'orifice pour aller plus vite ? faut-il provoquer l'accouchement s'il ne se fait pas, ou activer le travail s'il est commencé ? Les avis d'hommes également compétents sont très partagés. Depaul, Pajot rejettent complètement la provocation artificielle de l'accouchement; Tarnier, Bailly l'acceptent dans des circonstances où la vie de la mère est très menacée et conseillent alors, pour provoquer ou activer le travail, des agents divers (dilatateur, sonde dans l'utérus, éponge préparée, douches chaudes sur le col, répétées toutes les heures pendant vingt minutes); mais, une fois le travail établi, en général sa marche est rapide et l'expulsion se fait vite. Seul, l'accouchement forcé est banni par la grande majorité des accoucheurs; et en effet, c'est un procédé violent, également compromettant pour la mère et l'enfant.

Si les convulsions persistent après l'accouchement, le devoir de l'accoucheur est de terminer la délivrance le plus tôt possible et d'évacuer la cavité utérine des caillots qu'elle contient; ces causes d'excitation écartées, tout rentre dans l'ordre, mais surviennent souvent, alors, de grandes hémorrhagies, auxquelles on opposera les moyens habituels (injections d'eau très chaude, main dans l'utérus, moyen très irritant toutefois, ergot de seigle, injection d'ergotine).

En somme, en présence d'une femme éclamptique, la conduite de l'accoucheur peut se résumer de la sorte :

1° *Pendant l'accès*, maintenir la malade sans violence extrême, éviter les chutes, les morsures, etc, aérer la pièce, etc.

2° Pour *éviter ou prévenir* un nouvel accès, une fois que le coma se dissipe un peu :

Inhalation de chloroforme auquel on associera un lavement de chloral (4 à 6 gram., dans un verre de lait) en une fois; si au bout de deux à quatre heures la température ne baisse pas, nouveau lavement (jusqu'à présent on n'a pas dépassé 16 gram. de chloral en vingt-quatre heures en trois ou quatre fois).

Si la femme est *pléthorique* ou la face très *congestionnée* et le *coma profond*: saignée de 350 à 450 gram., que l'on répétera au besoin; si la femme est faible, on se contentera de sangsues aux apophyses mastoïdes; un lavement purgatif énergique est aussi bien indiqué; les sina-

pismes aux jambes ont paru quelquefois irriter la sensibilité et provoquer des accès.

3° *A.*—Si l'éclamptique est à terme ou que l'accouchement prématuré se fasse, et que le travail marche régulièrement, l'accoucheur s'abstiendra de toute manœuvre, il n'interviendra que lorsque le col sera bien dilatable ou dilaté, et terminera le plus rapidement possible l'accouchement (version, forceps).

B.—Si le travail marche lentement, *a fortiori*, s'il ne se fait pas, si l'état de la femme est grave, si le traitement est impuissant, si la grossesse est à cette époque où l'utérus peut se contracter (trois derniers mois), on est autorisé à provoquer le travail ou à l'accélérer (éponge préparée, sonde dans l'utérus, dilatateur Tarnier, douches sur le col pendant vingt-minutes, toutes les heures, Triaire), et, s'il y a nécessité absolue, quand la dilatation est presque complète, inciser quelque peu le col utérin et terminer rapidement (Bailly). On se règlera, d'ailleurs, sur la marche de la température et son élévation.

C.—Si la grossesse n'est qu'au sixième mois, la provocation de l'avortement est un procédé trop long et ne réussit pas, l'enfant meurt en général, et est expulsé plus tard, ou bien survit ou continue à vivre dans le sein de la mère.

Telles sont, en résumé, les règles qui guident actuellement le médecin dans les accouchements compliqués d'éclampsie; d'autres médicaments ont été vantés, mais leur action est moins certaine ou moins inoffensive que celle des agents qui ont été signalés: la pilocarpine injectée, d'après Barker, à donné lieu à de graves accidents; le chloral, en injection intra-veineuse, est souvent dangereux, et en injection sous-cutanée a déterminé des phlegmons quelquefois graves; le bromure de potassium est incertain; l'opium toutefois a rendu de grands services, soit sous forme de morphine, soit sous forme d'extrait thébaïque; il faudrait l'employer à forte dose, 12 à 18 centigrammes d'opium brut d'emblée, suivant Brummestadt.—Mais où l'action de l'opium est bien indiquée, c'est dans les accidents psychiques qui succèdent à l'éclampsie; les injections sous-cutanées de 1 à 2 centigrammes de chlorhydrate de morphine, répétées plusieurs fois dans la journée, rendent de grands services; toutefois l'état des reins doit engager à surveiller l'action du médicament.—Dr Georges MULEUR, in *Concours médical.*

Prurit vulvaire et anal.—Lombe Atthill, de Dublin, traite cette incommode maladie au moyen de l'acide carbolique. Voici la formule qu'il préconise :

Acide carbolique - - - -	20 grains
Teinture d'opium - - - - -	une demi once
Acide hydrocyanique dilué - -	deux drachmes
Glycerine - - - - - - - - -	une demi once

Eau q. s. pour faire quatre onces.

Un bourdonnet de charpie est imbibé de cette solution et introduit dans l'anus: on renouvelle le pansement après chaque selle.

MALADIES MENTALES.

La dipsomanie.—Résumé de plusieurs cliniques de M. MAGNAN à l'Asile Ste-Anne et publiées par le *Progrès médical.*—Le mot dipsomanie a été employé pour la première fois par Hufeland pour désigner un entraînement irrésistible poussant par intervalles l'homme à boire avec excès des liqueurs enivrantes. Tout en acceptant le *nom*, M. Magnan n'accepte pas la définition dans toute son étendue. Pour lui, la dipsomanie n'est pas une entité morbide, une maladie distincte, mais bien un syndrôme très important du reste, et méritant une étude spéciale.

Ce besoin irrésistible de boire, dit-il, se reproduit à des époques indéterminées, sous forme de paroxysmes, affectant les dehors d'un court accès de mélancolie impulsive. Il en est de cette disposition maladive comme de beaucoup d'autres syndrômes tels que les impulsions au vol et à l'incendie, la crainte des poussières, la peur des espaces, etc. qui, dans l'ordre psychique, sont des tares dont la valeur n'est pas moindre que celle des troubles somatiques.

Le fait que la dipsomanie est un symptôme et non pas une maladie à part se prouve par cet autre fait que, si on veut bien remonter aux antécédents des malades, on s'aperçoit qu'à différentes époques de la vie ils ont présenté des bizarreries de caractère ou des troubles intellectuels bien avant d'être poussés à boire. Ces troubles sont l'indice d'un état mental plus profondément atteint qu'on ne pourrait le supposer si l'on s'en tenait à des symptômes isolés.

Etiologie.—En première ligne il faut placer l'hérédité. Toujours, on retrouve, chez les ascendants, des antécédents de folie. Cependant les causes occasionnelles peuvent aussi avoir une certaine action sur l'accès, mais cette influence est secondaire, ne s'adresse qu'à la manifestation elle-même, et n'a pas sur le fonds maladif l'importance qu'on est tenté de lui attribuer. Parmi les causes occasionnelles ou déterminantes des accès, on range l'abus lui-même des alcooliques, la menstruation, la ménopause, etc. Trop souvent on est porté à considérer ces divers accidents comme étant des causes de la maladie elle-même, tandis qu'elles ne sont que déterminantes des accès. Ce qui précède se résume donc à ceci : Si le besoin de boire est, chez le dipsomane, l'acte le plus saillant, il ne constitue pas à lui seul la maladie ; il n'est qu'un syndrôme épisodique d'un état mental plus profond que l'hérédité tient sous sa dépendance.

Symptômes.—Comme on l'a vu tout à l'heure, la dipsomanie a pour caractère principal de se traduire par des accès essentiellement intermittents et paroxystiques qui laissent, après leur disparition, un malaise cérébral qui s'atténue peu à peu, et les malades reprenant leurs habitudes de sobriété, regrettent les abus auxquels ils se sont momentanément livrés.

L'accès est précédé de prodromes toujours à peu près les mêmes : d'abord un sentiment vague de tristesse que les occupations ou les distractions sont incapables de surmonter ; les malades, déprimés et découragés, renoncent bientôt au travail auquel il leur est désormais impossible de penser ; des idées noires les obsèdent, tout semble changer autour d'eux, ils se sentent comme menacés d'un prochain malheur,

leur caractère s'aigrit ; leurs sentiments affectifs sont altérés, les êtres les plus chers leur deviennent indifférents. A ces symptômes d'ordre intellectuel et moral s'ajoutent plus tard d'autres symptômes physiques. D'abord de l'anorexie avec anxiété précordiale, un serrement de l'épigastre et parfois de la gorge, puis du dégoût pour les aliments solides. Enfin, des troubles de la sensibilité générale surviennent ; ces malades se plaignent d'une brûlure à l'estomac, d'ardeur au gosier ; ont une soif intense, non pas une soif qu'une boisson quelconque pourrait calmer, mais une soif particulière avec désir, tendance irrésistible à boire quelque chose d'excitant.

Désormais, rien ne les arrête, il leur faut à tout prix une liqueur alcoolique ; quand l'argent leur manque pour l'acheter, ils ne reculent devant aucun expédient ; les plus honteux ne les arrêtent pas ; le vol, la prostitution, le crime même, tous les moyens leur sont bons pour se procurer une boisson excitante. C'est alors qu'on voit le père de famille, portant au cabaret les dernières ressources du ménage, rester sourd aux supplications de la mère qui lui montre les enfants sans pain ; qu'on voit la mère, oublieuse de ses devoirs et perdant toute pudeur, se prostituer pour quelques verres d'eau-de-vie ou vendre sa fille comme les journaux en ont rapporté un récent exemple en Angleterre.

Chez tous les dipsomanes, l'impulsion est précédée des mêmes prodrômes et se traduit de la même façon, avec cette seule différence que, suivant l'éducation ou l'intelligence du sujet, l'entourage s'aperçoit plus ou moins vite de la maladie. D'ailleurs, quelques-uns d'entre eux déploient beaucoup d'habileté pour cacher cet état aux yeux de tous.

La lutte que livrent plusieurs de ses malheureux, avant de céder à leur funeste penchant, indique, d'une manière très nette, combien ils diffèrent des ivrognes ordinaires. Ceux-ci recherchent les occasions de boire ; le dipsomane, au contraire, commence par les fuir ; il se fait des reproches ; il se fait à haute voix l'énumération des tourments divers qui l'attendent ; il cherche à se dégoûter par mille moyens, il souille même parfois sa boisson dans l'espoir de ne pas céder à la tentation ; jamais le buveur ordinaire n'agit de la sorte.

Les ivrognes, dit Trélat, sont des gens qui s'enivrent quand ils en trouvent l'occasion ; les dipsomanes sont des malades qui s'enivrent toutes les fois que leur accès les prend. En d'autres termes, tout le monde peut devenir alcoolique, mais n'est pas dipsomane qui veut.

Quand il finit par succomber, le dipsomane se comporte encore autrement que l'ivrogne ; il se cache, s'isole après être entré furtivement chez le marchand de vin, d'où il s'échappe ensuite tout honteux. Le buveur de profession, au contraire, est bruyant, tapageur, cherche des amis pour aller au cabaret, fait étalage des bouteilles qu'il a vidées et met une certaine gloriole à raconter ses exploits. L'un est aliéné avant de boire, l'autre ne devient aliéné que parce qu'il a bu.

Le récit fait par le dipsomane lui-même de ses efforts pour résister aux impulsions est des plus instructifs : c'est d'abord pour se remonter et s'aider à supporter la lutte qu'il boit le premier verre, en se promettant de s'en tenir là ; ou bien encore pour diminuer le sentiment de chaleur qu'il éprouve à la gorge ; mais, dès ce moment, la résistance intérieure est épuisée ; il ressent une légère excitation, un sentiment de bien-être passager, de plénitude, une sorte de soulagement à son état ; rien alors ne peut l'arrêter et le voilà maintenant

entraîné à précipiter ses libations. A tout prix, il lui faut sa boisson favorite et rien, sauf la séquestration, ne saurait le retenir.

Mais ce n'est pas seulement pendant leurs phases impulsives que les dipsomanes diffèrent des ivrognes ; ils s'en écartent encore un peu dans le délire toxique dont leurs excès alcooliques sont suivis. Tandis que l'ivrogne qui demande sans cesse du vin, de l'eau-de-vie, du champagne, etc., prend les médicaments qu'on lui présente si on a le soin de les lui offrir en les désignant du nom de la boisson qu'il réclame, le dipsomane, au contraire, quand l'impulsion est satisfaite, fuit, dès qu'on lui parle d'alcool ou de toute autre liqueur qui lui produit une répugnance insurmontable.

Suivant M. Magnan, le dipsomane peut en outre présenter toutes sortes d'impulsions. Il cite le cas d'un ouvrier qui, dipsomane avéré, était aussi pris d'impulsions violentes au suicide et à l'homicide.

La durée de l'accès dipsomaniaque est très variable, il peut s'étendre de 2 à 15 jours ; les retours ne sont soumis à aucune règle ; cependant on peut dire qu'en général, après avoir commencé par être rares (1 ou 2 par an), ils se rapprochent et finissent par devenir fréquents au point de n'être séparés que par des intervalles de quelques jours. Une malade restait, au début, plusieurs mois sans commettre d'excès, plus tard les rechutes se faisaient sentir tous les 30 ou 40 jours. Il en est de même d'une autre qui, pendant le temps qu'elle passa hors de l'asile, eut des impulsions presque tous les mois. Une autre enfin, après être restée sobre pendant plus d'un an, en arrive maintenant à boire tous les deux mois ; quelques sujets ne retombent que tous les ans.

Quand l'accès de dipsomanie dure assez longtemps ou se répète assez fréquemment pour que le patient emmagasine des doses d'alcool suffisantes au développement des manifestations toxiques, on voit se développer le délire alcoolique qui ne doit pas être confondu avec la dipsomanie dont il est une complication et non pas un symptôme. L'ivresse qui, au début, accompagne seule les accès, ne laisse d'abord pas de traces de son passage, mais, plus tard, quand les crises se rapprochent et que l'alcool agit d'une façon plus continue, les hallucinations, le délire, se développent à leur tour, et, comme pour les autres formes mentales, après avoir joué le rôle d'excitant, l'alcool imprime son délire spécial, si bien que le dipsomane se présente à l'asile avec du délire alcoolique seul ; ce n'est qu'après la disparition des accidents aigus que l'on retrouve le fond maladif principal. Quoi qu'il en soit, ce sont là des exemples de la coexistence chez le même sujet de deux états différents, dipsomanie et délire alcoolique, dont l'un est cause de l'autre.

En dehors de leurs périodes impulsives, les dipsomanes se comportent parfois comme de véritables ivrognes et se soumettent à une mauvaise hygiène. Dans ces cas, les excès répétés peuvent finir par provoquer les symptômes de l'alcoolisme chronique. Mais il est toujours facile de s'assurer si l'aliéné boit par impulsion ou par habitude d'ivrogne ; quand il boit en désœuvré, par simple distraction, il se comporte comme l'ivrogne ordinaire et entraîne les amis à l'occasion ; quand, au contraire, il boit poussé par la maladie, il s'isole de son entourage, se cache, emporte son vin dans sa chambre et en avale coup sur coup plusieurs verres, après avoir pris la précaution de se renfermer. Du reste, l'impulsion à boire est toujours précédée d'une phase dépressive.

La plupart, dans l'intervalle de leurs accès, sont rigoureusement sobres, et quelques-uns ne peuvent, comme on l'a vu, sentir l'odeur des boissons alcooliques. Quand la honte et le repentir ne les poussent pas au suicide, ils font des efforts pour mener une vie régulière et espèrent chaque fois ne plus retomber. Leur conviction est des plus sincères, car ils la manifestent de toutes les façons.

État mental du dipsomane.—L'état mental de beaucoup de dipsomanes semble tel, dans l'intervalle des accès, qu'on les croirait à tout jamais guéris si l'on s'en tenait à un examen superficiel. Leur lucidité conduit volontiers à une appréciation erronée de l'état de leurs facultés. Cette apparence, nous l'avons dit, a pu faire considérer la dipsomanie, par quelques aliénistes des plus éminents, comme une sorte de délire partiel, une véritable monomanie. Mais, si l'on interroge avec soin toute la vie des dipsomanes, on s'aperçoit bientôt qu'il n'est pas nécessaire de créer pour eux une maladie spéciale, dont le caractère principal serait un entraînement irrésistible pour les boissons fermentées.

Il est toujours possible, grâce à l'observation attentive des faits pathologiques, grâce à l'étude de leur enchaînement, de leurs dépendances réciproques, de rattacher les tendances dépravées pour les boissons alcooliques à leur véritable cause génératrice. Cette cause n'est autre qu'une prédisposition héréditaire.

Les actes de toute la vie des dipsomanes ne sont-ils pas là pour démontrer que toujours ils se comportent et réagissent comme se comportent les individus mal équilibrés ? —Mais ils ne sont aliénés, dira-t-on, que quand leur accès les prend.—Erreur, car les dipsomanes présentent une foule d'autres penchants qui en font des êtres instinctifs ayant toutes sortes de mauvaises tendances dont l'objet varie, suivant l'éducation qu'ils ont reçue, le milieu dans lequel ils vivent, et dont la nature essentiellement maladive n'est plus à démontrer. Ce sont des penchants au vol, au suicide, à l'homicide, à l'érotisme, etc., qui se produisent successivement ou simultanément chez ces prédisposés ; c'est peut-être le hasard seul qui décidera de la direction que prendra, sous l'influence d'une cause accidentelle, leur disposition maladive, mais aucun n'échappe à la loi commune et tous sont sujets à des impulsions de même nature, quoique de forme différente.

Presque tous, pour ne pas dire tous, comptent des aliénés dans leurs ascendants ; beaucoup, dès leur enfance, ont déjà présenté des particularités d'esprit ou de caractère qui les ont fait distinguer des autres enfants du même âge, élevés dans la même condition sociale ! Une buveuse d'éther qui venait à la consultation gratuite racontait qu'étant en pension, elle avait fait deux tentatives de suicide, la première à 9 ans, parce qu'on l'avait punie injustement (précipitation par la fenêtre d'un premier étage) ; la seconde à 16 ans, parce qu'on l'avait séparée d'une de ses amies (avait bu une macération d'allumettes chimiques). Quand sa famille la contrariait, elle avait pour habitude de se planter des épingles sur le corps pour tâcher, disait-elle, de faire de la peine à ses parents qui craignaient toujours de la voir s'ouvrir les veines.

Le développement physique des dipsomanes présente aussi quelquefois, dans l'enfance, des particularités maladives à signaler : une apparence trop précoce ou au contraire une apparition trop tardive de l'intelligence ; certains phénomènes nerveux, convulsifs, choréiques ou autres, qu'on retrouve dans les observations citées par les différents auteurs.

Il n'est pas rare de constater aussi certaines manifestations hystériques, ce qui s'explique d'autant mieux que la dipsomanie est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

On peut dire des dipsomanes que, s'ils ne délirent pas continuellement, ils tiennent constamment un pied dans le domaine de la folie, et, si la dipsomanie est une affection paroxystique, elle est bien plutôt rémittente que franchement intermittente. Sans doute, le sujet est tout à fait différent de lui-même suivant qu'on l'observe dans une période paroxystique ou une période de rémittence ; mais beaucoup, même dans leurs intervalles lucides, se conduisent en véritables aliénés. La plupart sont mal équilibrés, conservent un caractère fantasque, emporté, avec tendance à la tristesse ; ils se montrent exagérés en tout ; à peu d'exceptions près, ce sont des fous raisonnants, des héréditaires, des mélancoliques impulsifs.

Chez les dipsomanes, la fureur de boire ne s'arrête pas aux seules boissons spiritueuses le plus généralement répandues ; quelques aliénés recherchent encore l'éther, plus rarement le chloroforme ; d'autres préfèrent l'opium en prenant la morphine sous forme d'injections hypodermiques. Tous ces appétits relèvent du même fond maladif.

Traitement.—Le traitement de la dipsomanie comporte deux indications : il faut d'abord, quand on se trouve en présence d'un état aigu, combattre les accidents toxiques et tenter ensuite de modifier le fond même de la maladie.

Le traitement des accidents ne doit être autre que le traitement ordinaire du délire alcoolique ; on peut ainsi le résumer :

1o Protéger le malade contre lui-même et l'empêcher de nuire à son entourage ; 2o Favoriser l'élimination du poison ; 3o Soutenir les orces.

Pour modifier le fond maladif, on a conseillé le traitement moral ; celui ci est utile, sans doute, mais insuffisant. Les distractions, les conseils affectueux, les raisonnements les mieux étayés n'ont qu'une bien faible action sur le dipsomane pendant sa période active.

L'hydrothérapie méthodiquement appliquée, et, en particulier, les douches froides, en éventail, sur tout le corps à l'exception de la tête, donnent de bons résultats.

L'action de l'arsenic sur la nutrition générale recommande son emploi, et, si son usage est longtemps continué, on laissera des périodes plus ou moins longues de repos.

Quand il survient de l'excitation et que l'insomnie persiste, il faut recourir aux bains tièdes, aux bains mucilagineux, aux bains de tilleul ; simultanément donner au repas du soir de 4 à 6 grammes de bromure de potassium ; l'on fera usage, de préférence, des polybromures si l'on doit continuer longtemps cette médication.

Parfois, le dipsomane est profondément déprimé et les bains sulfureux se trouvent indiqués, mais l'on tirera alors grand profit des bains d'air chaud térébenthinés, suivis d'une immersion dans l'eau froide ou d'une douche, en éventail, froide. C'est l'un des plus puissants modificateurs et il est rare que le malade ne soit très heureusement influencé par ce moyen thérapeutique, d'ailleurs très énergique.

Une bonne hygiène et une médication tonique et reconstituante sont les compléments nécessaires de ce traitement. L'isolement du malade est indispensable, puisqu'il le met à l'abri de nouveaux excès ;

il finit à la longue par atténuer les prédisposition impulsives, et s'il n'empêche pas dans tous les cas la reproduction de l'accès, il en éloigne, du moins, les manifestations. L'une des malades qui vous ont été présentées avait eu, vous vous le rappelez, un accès dans le service; il s'est produit à la suite un délire toxique, malgré l'absence de boisson spiritueuses.

Il faut, par-dessus tout, ne pas oublier que les dipsomanes peuvent avoir aussi d'autres impulsions, des idées de suicide ou d'homicide et qu'en conséquence ils doivent être surveillés.

L'usage journalier de boisson amères leur sera conseillé pour calmer le besoin qu'éprouve leur estomac d'ingérer " quelque chose de fort."

Combien de temps, après la cessation des accidents alcooliques, la séquestration sera-t-elle prolongée ?—Cette question ne saurait être résolue par une formule générale; l'examen individuel de chaque aliéné peut seul donner les éléments d'une réponse; et encore ne sait-on jamais combien de temps durera l'intervalle lucide.

Médecine légale.—Une foule de questions médico-légales peuvent être soulevées à propos de la dipsomanie. On a vu que les malades ont des tendances susceptibles de se traduire par des impulsions de diverse nature. Il faudrait donc, pour être complet sur ce sujet, faire l'histoire médico-légale complète de la folie des héréditaires.

La médecine légale peut cependant se résumer, pour le dipsomane, en une simple formule qui découle de l'examen clinique des malades et de leurs actes; tous les dipsomanes peuvent être irresponsables des actes qu'ils commettent immédiatement avant, pendant et après leurs accès, à cause de l'état intellectuel qu'ils offrent avant la crise, à cause du caractère impulsif de leurs actions, à cause, enfin, du délire toxique dont il est souvent suivi.

Aux yeux même de ceux qui regardent l'ivresse comme une aggravation du crime commis, le dipsomane doit être considéré comme irresponsable, puisqu'il n'est pas maître de résister au désir de boire.

Quant aux actes délictueux ou criminels qu'ils peuvent commettre dans leurs intervalles lucides, on ne doit jamais oublier que les dipsomanes offrent une disposition maladive indéniable, qu'ils ont une organisation intellectuelle défectueuse, en un mot, que ce sont des dégénérés.

Maltine.—Rien de mieux établi que les propriétés toniques reconstituantes de la Maltine. Son emploi donne les meilleurs résultats dans le traitement de l'anémie et de ses multiples manifestations, de la chlorose, de la débilité générale et de la convalescence des maladies aiguës. Combinée aux hypophosphites elle convient admirablement aux cas de tuberculose, de scrofule et de rachitisme. Son association à l'huile de foie de morue est indiquée dans les cas de phthisie pulmonaire. La maltine unie aux peptones constitue un aliment pour ainsi dire tout digéré et dont l'emploi est journalier dans les cas de dyspepsie, avec défaut d'activité sécrétoire. Dans les hôpitaux de Montréal, son emploi est devenu général.

FORMULAIRE.

Dyspepsie.—*Dr Alfonso.*

℞—Pepsine..... gr CLXXXXII
Xérès..... ℥viss
Glycérine pure..... ℥iss
Acide tartrique..... gr v

M—*Dose :* Une cuillerée à thé après le repas.—*Medical and Surgical Reporter.*

Diphthérie.—*W. A. Hammond.*

℞—Muriate de pilocarpine..... gr iss
Pepsine..... ʒss
Acide muriatique..... gtt x
Eau..... ℥viii

M—*Dose :* Une cuillerée à thé toutes les heures.—*Medical World.*

Gale.—*Dr B. Frank.*

℞—Hydrarg. ammon..... gr iv
Creasoti..... gtt iv
Ol. anthemid..... gtt x
Adipis..... ℥i

M.—Faites un onguent qu'on applique soir et matin pendant trois jours.—*Druggist.*

Prurit anal.—*Dr T. B. Johnson.*

1° ℞—Sodæ hyposulphit..... ʒi
Acid carbolici..... gr x
Glycerini..... ʒi
Aq. distill..... ℥vii

M.—En lotions.

2° ℞—Pulv. iodoformi..... ʒi
Acid. tannic..... gr x

M—En saupoudrer la partie deux ou trois fois par jour.—*Philad. Med and Surg. Reporter.*

Chancroide.—*Dr J. L. Robinson.*

℞—Brome..... 1 partie
Eau..... 3 parties
Bromure de potassium..... q.s.

Pour faire une solution.

M—Usage local.—*American Practitioner.*

Contusions.—*Dr Hewson.*

℞—Sod. hyposulphit..... ℥iv
Acid. carb. crist..... ℥ss
Glycerinæ..... ℥ii
Aquæ..... Oi

M—En lotions, au moyen de compresses constamment imbibées de ce mélange.—*Philad. Med. Times.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JANVIER 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

MM. GALLIEN et PRINCE, négociants-commissionnaires, 36. RueLafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Nos asiles d'aliénés.

Nous avons, dans notre livraison de novembre 1884, émis l'opinion que le système d'affermage des aliénés, soit à des individus, soit à des corporations, religieuses ou laïques, constituait un système défectueux qu'il n'était pas désirable de voir se continuer. La publicité donnée au rapport du Dr Tuke ainsi que les procédés judiciaires relatifs à l'affaire Lynam ont fait que la presse de toute la province s'est, en ces derniers temps, beaucoup occupée de cette question. Nous n'avons, au cours de la discussion, rien vu qui fut de nature à modifier notre manière de voir, bien au contraire; aussi ne pouvons-nous que répéter ce que nous avons dit antérieurement, en y ajoutant que, pour résoudre une question de cette importance, le gouvernement n'a qu'une chose à faire: prendre immédiatement en main la propriété et le contrôle des asiles d'aliénés, c'est-à-dire, substituer au système de contrat ou d'affermage actuellement en vigueur un autre système grâce auquel il pourra plus facilement et plus efficacement assurer, en les surveillant de plus près, les véritables intérêts des malades.

Nous ne croyons pas nécessaire de démontrer ici tout ce qu'il y a de défectueux dans le système d'affermage. C'est là une question que l'expérience s'est chargée de régler. Presque partout où ce système a été en vigueur on a été forcé de l'abandonner à cause des nombreux abus dont il a été le point de départ et des résultats peu satisfaisants qu'il a

donnés au point de vue du traitement des aliénés. La seule raison que l'on pourrait être tenté d'apporter en faveur du système en question, serait la raison dite d'économie. Aussi n'a-t-on pas manqué de la faire valoir, et de crier sur tous les tons que l'affermage des aliénés garantissant à la province une économie annuelle de plus de $50,000, il était impossible au gouvernement de se charger d'une aussi lourde dépense.

Nous avouons que ce chiffre a de quoi effrayer, mais si l'on veut bien examiner de plus près cette question d'économie et se demander en quoi peut consister l'économie bien entendue, on se convaincra que nous n'avons pas tout à fait tort de nous poser en adversaires d'un état de choses qui, à notre avis, et nous ne sommes pas les seuls à penser de la sorte, empêche nos asiles de produire tout le bien qu'on est en droit d'en attendre. Voyons plutôt.

Le sens commun veut que le but immédiat d'un asile ou hôpital d'aliénés étant le soulagement ou la guérison des malades atteints de folie, tout dans la direction et l'administration de l'institution doit concourir à atteindre le but désiré. Or, qu'arrive-t-il avec le système d'affermage ? Le gouvernement s'engage, par contrat, à payer annuellement aux propriétaires une somme de *tant* par aliéné. Quoiqu'on en dise, cette somme doit être suffisante, puisque, en dépit des récriminations, l'on s'en contente tout de même ; volontiers nous dirions qu'elle est un peu plus que suffisante, puisqu'il y a des propriétaires d'asiles qui ont réussi à faire des bénéfices avec cela et que d'autres ont entrepris la construction de vastes édifices additionnels.

Mais admettons un moment que la somme ne représente que le strict nécessaire. Que fait-on ? L'intérêt des malades se trouvant ici en conflit direct avec l'intérêt des propriétaires, il est évident que celui ci doit toujours passer en premier lieu, pour la raison tout simple que le *mien* est plus précieux que le *tien*. En affaires il ne saurait y avoir d'égoïsme. Le propriétaire cherche donc à remplir les termes de son contrat de la manière la plus économique possible, et il aurait bien tort de se gêner. En premier lieu il admettra autant de malades qu'il le pourra, c'est-à-dire autant que son contrat lui permettra d'en admettre, sans se demander si le sujet qu'on lui amène est ou non aliéné dangereux. Pour lui, chaque malade représente un profit de tant par année. Ensuite il cherchera à assurer le service des aliénés de manière à faire le moins de déboursés possibles, et il arrivera précisément que ce sera sur le traitement *médical* que s'exercera cette économie mal éntendue. Les malades, si l'on veut, seront confortablement installés dans de spacieux édifices où règnera le plus grand ordre et la plus grande propreté, la nourriture sera abondante et saine, etc., mais le traitement médical égalera zéro. Il n'y aura qu'*un* médecin pour répondre au service de près de mille aliénés. Parfois ce médecin n'aura pas sa résidence à l'asile même, mais dans le voisinage, où il devra en même temps se livrer a la pratique civile, vù l'insuffisance du salaire qui lui sera payé. Un médecin pour 900 ou 1,000 malades, n'est-ce pas le comble du ridicule ? Comment peut-on raisonnablement supposer qu'un médecin, si actif qu'il soit, si admirablement doué qu'on le veuille dire, puisse visiter ses huit ou neuf cents malades dans la journée, s'informer des particularités relatives à chaque cas, prendre les notes et faire les études et recherches nécessaires, en un mot faire un service convenable ? Quatre ou cinq médecins y suffiraient à peine ;

comment peut-on charger de ce fardeau les épaules d'un seul homme? Il est bien clair que cela coûte moins cher, mais par contre le traitement des malades est insignifiant.

Enfin, n'est pas aliéniste qui vent. Il ne suffit malheureusement pas d'être bon médecin, dans le sens le plus large du mot, pour pouvoir traiter les maladies mentales avec connaissance de cause. Il ne suffit pas non plus d'avoir circulé parmi les fous pendant un certain nombre d'années pour être, du coup, passé maître dans l'art de les traiter convenablement. L'étude de ces maladies est des plus ardues et ceux qui ont acquis une certaine habileté comme aliénistes y ont mis le temps. Mais un aliéniste compétent ne se trouve pas partout. Un médecin ordinaire coute moins cher. Et puis, comme il faudrait plusieurs spécialistes de ce genre, le prix de revient en serait trop élevé. On va au meilleur marché, sans se soucier de l'intérêt des malades.

Où est l'économie dans tout cela?

Et pourtant, le moyen de remédier à cet état de choses n'est pas de difficile exécution. Comme nous le disions en commençant, que le gouvernement prenne en mains et la propriété et la direction des asiles. Qu'il en confie d'abord la gestion intérieure à des religieuses. Chez elles seules il trouvera l'esprit d'ordre et d'économie nécessaire, de même que chez elles seules les malades trouveront l'esprit de charité chrétienne et le dévouement dont tous ceux qui souffrent ont un si grand besoin. Nos sœurs de charité ont fait leurs preuves, Dieu merci, et l'on ne saurait songer à confier à d'autres mains et à d'autres cœurs le soin de nos frères en souffrance.

Quant au traitement médical, comme c'est là le point qu'il s'agit d'assurer avant tout, puisque c'est le grand but qui a présidé à l'institution des asiles, il devra en être confié *exclusivement* à un corps de médecins *compétents et dûment qualifiés* ayant fait des maladies mentales l'objet de leurs études constantes, et auxquels sera déléguée la suprême autorité dans la direction de l'asile. En outre, aucun malade, réputé aliéné, ne devra être admis avant d'avoir été examiné par une commission de médecins également compétents, appelés à décider en premier et en dernier ressort sur l'état mental de l'individu soumis à leur examen.

Voilà, en résumé, le système que nous croyons être préférable à l'affermage, à tous les points de vue, même au point de vue de l'économie. Le gouvernement serait tenu, il est vrai, de débourser un certain montant en prenant possession des asiles, mais chaque année verrait diminuer les dépenses. Chaque aliéné étant, préalablement à son admission, examiné avec soin par une commission d'aliénistes qualifiés, un bien plus petit nombre de sujets seraient admis. Du coup on interdirait l'entrée de l'asile à des individus non-aliénés, ce qui ne serait que justice, et à un certain nombre, un *grand* nombre peut-être, d'aliénés non dangereux que des parents ennuyés et solvables n'ont rien de plus pressé que de mettre à la charge du gouvernement. En second lieu, le traitement des malades étant confié, on nous passera le mot, à des gens *du métier*, les chances de guérison seront beaucoup plus nombreuses, et l'on verra s'enrégistrer un plus grand nombre de *sorties*.

Pour ce qui est de la gestion intérieure, nous aimons à le redire, elle ne saurait se faire mieux ni plus économiquement qu'avec nos

bonnes religieuses dont les épaules seront déchargés de toute responsabilité, et qui n'auront qu'à exécuter les ordonnances des médecins seuls responsables auprès du gouvernement et du public.

Mais, nous demandera-t-on, où prendrez-vous les spécialistes dont vous voulez doter nos asiles? A cela nous répondons qu'il ne manque pas, parmi nous, de jeunes médecins de talent, anxieux de parvenir et de se livrer d'une manière spéciale à l'étude des maladies mentales et nerveuses. Que l'on fournisse à quelques-uns de ces sujets à quatre ou cinq, par exemple, les moyens d'aller en Europe et aux Etats-Unis, étudier ces maladies dans les principaux établissements d'aliénés, auprès des maîtres de la science. Au bout de quelques années, ces jeunes gens nous reviendront, réellement qualifiés et compétents, et le gouvernement pourra leur confier sans crainte la direction médicale de nos asiles. Si alors, chose que nous désirons depuis longtemps, l'on veut bien faciliter l'entrée des asiles à nos étudiants en médecine en y favorisant la création de services cliniques, d'autres spécialistes pourront se former à l'école des premiers, et de la sorte sera assuré, d'une manière permanente et efficace, le traitement médical d'une classe de malades que jusqu'ici l'on a toujours trop été porté à regarder comme incurables. De la sorte, l'asile ne sera plus un hospice mais un véritable hôpital.

Qu'on ne dise pas que nous exigeons trop en demandant les services de plusieurs aliénistes. Il en faudrait *au moins* deux ou trois pour chacun de nos asiles et ce serait loin d'être trop. A Paris, la Salpêtrière contient 1821 lits; cinq médecins et un chirurgien y font chaque jour le service actif, sans compter un certain nombre d'internes, également médecins. Même service à Bicêtre où il y a 1843 lits. L'asile Ste-Anne compte 917 lits, (comme à Beauport) répartis entre *quatre* médecins (tous passés maîtres en pathologie mentale) et un nombre équivalent d'internes. Ce que nous faisons ici n'est-il pas véritablement une farce, si on le compare à ce qui se passe là-bas?

Pour nous, nous n'ignorons pas que pour amener des réformes dans le service médical de nos asiles il va nous falloir combattre une foule de préjugés, nous exposer même à passer pour avoir des *idées avancées*, parce que nous voulons sortir de l'ornière. Cela nous est bien égal. Ce que nous voulons c'est que nos aliénés reçoivent un traitement convenable au point de vue médical, et que pour cela, ils soient placés sous la surveillance d'hommes en la science et en l'expérience desquels nous puissions reposer une confiance aussi absolue que possible. Actuellement, nous sommes loin de cet idéal, (le corps médical de la province tout entière se l'avoue tout bas) et si nous avons le courage de le dire tout haut, nous voulons également avoir celui de travailler, dans la mesure de nos forces, à atteindre le but désiré.

L'affaire Lynam.

Comme la plupart de nos lecteurs le savent déjà, la dame Lynam a été remise en liberté sur les conclusions du rapport du Dr Vallée, nommé expert *ad hoc* par la Cour.

Le rapport dit que madame Lynam n'est pas tout à fait saine d'esprit, mais que son état mental n'exige pas son séjour dans un asile

d'aliénés ; que dans tous les cas, on devra éviter à la malade la vue de son mari et de ses enfants. Voilà tout le monde d'accord : et ceux qui concluaient à l'aliénation mentale chez cette dame, et ceux qui protestaient contre sa détention dans un hospice.

Il en est qui ont cru devoir se scandaliser de la décision prise par la Cour en cette affaire. Cette décision n'a pourtant rien que de très naturel. Madame Lynam est aliénée, c'est vrai, mais les accès de folie affective dont elle est susceptible de souffrir ne se manifestant que quand elle est mise en présence de son mari ou de ses enfants, il s'en suit que la première, peut-être la seule chose à faire, est de lui éviter la vue des êtres qui lui sont devenus des objets d'aversion. Le toit hospitalier d'un parent ou d'un ami pouvant atteindre ce but tout aussi bien que celui d'un asile d'aliénés, la Cour n'a pas cru qu'il fut nécessaire de laisser plus longtemps la malheureuse femme en compagnie des fous furieux parmi lesquels on l'avait classée. C'est bien fait.

Le Muriate de Cocaine.

Depuis quelque temps nos échanges d'Europe et des Etats-Unis nous parlent beaucoup d'un nouvel anesthésique local, le muriate de cocaïne. Bien que le médicament dont la cocaïne est le principe actif soit connu depuis longtemps déjà (1) et que l'alcaloïde lui-même ait, bien avant aujourd'hui, reçu quelques applications, nos lecteurs nous pardonneront de refaire rapidement avec eux l'étude d'une substance toute d'actualité.

La cocaïne est un des principes actifs de l'*Erythroxylon Coca* dont on sait les propriétés comme substance d'épargne. Isolée, la cocaïne est un poison assez énergique, si on l'administre à doses élevées. Elle produit alors du délire avec abolition complète de la sensibilité, des convulsions tétaniques et la mort. Cette abolition de la sensibilité est dûe à l'action paralysante de la cocaïne sur les colonnes postérieures de la moëlle. Si l'alcaloïde est donné à doses modérées, il y a également analgésie et anesthésie plus ou moins marquée, sans perte de connaissance. Or l'expérience a prouvé que, appliquée localement, la cocaïne et ses sels, entre autres le muriate, exercent la même action anesthésiante sur les surfaces avec lesquelles on les met en contact, et en particulier les muqueuses. Ainsi, le larynx, le pharynx, la conjonctive, la cornée, la muqueuse nasale, la muqueuse uréthrale, etc., deviennent insensibles sous l'effet de lotions ou d'instillations d'une solution de cocaïne ou d'un de ses sels.

Se servant d'une solution concentrée, (10 à 20 p. 100), le professeur Von Schrôtter a obtenu sur la muqueuse du larynx, au bout d'une minute ou une minute et demie, une diminution dans la sensibilité tactile et la sensibilité thermique. Une nouvelle application a produit l'insensibilité complète.

Sur la muqueuse oculaire, l'effet est encore plus évident et plus énergique. L'instillation de quelques gouttes seulement d'une solution

(1) La cocaine a eté isolée pour lapremière fois en 1860, par Niemann ; en 1874, Ott, de Philadelphie, en a étudié les principales propriétés dans une brochure ayant pour titre : *Cocain, Veratrin and Gelsemin.*

de 2 à 4 pour 100 suffit à abolir tout à fait la sensibilité tactile et douloureuse de la conjonctive et de la cornée, ces deux membranes pouvant être pincées et déchirées sans douleur; l'anesthésie dure sept à dix minutes et disparait peu à peu. L'anesthésie s'accompagne de resserrement des vaisseaux conjonctivaux (ischémie conjonctivale) et de dilatation pupillaire, avec une légère diminution de l'accommodation. Si l'on fait des instillations de cinq en cinq minutes, on obtient une anesthésie progressive qui augmente pendant 10 à 20 minutes. La partie postérieure du bulbe lui-même est anesthésiée et la pression sur le globe oculaire ne se perçoit plus (1). Mêmes effets pour la muqueuse nasale sur laquelle on a pu remarquer, comme sur la conjonctive, l'ischémie capillaire due à la contraction des petits vaisseaux. La muqueuse uréthrale a également pu être anesthésiée au moyen d'une solution à 4 pour 100. Quant à la peau, des expériences, encore trop peu nombreuses, il est vrai, démontrent qu'elle est susceptible d'être anesthésiée comme le sont les muqueuses; seulement, l'absorption par le derme cutané étant des plus lentes, il est nécessaire d'injecter le médicament dans le tissu cellulaire (2). Ainsi administrée, la cocaïne amène l'anesthésie en cinq ou six minutes. Cette anesthésie s'étend à toute la surface cutanée animée par les filets émanent du tronc nerveux dans le voisinage immédiat duquel l'injection a été pratiquée. Quand celle-ci est faite en un point quelconque éloigné de tout tronc nerveux, l'anesthésie se produit nonobstant dans une étendue n'excédant pas deux ou trois pouces audessous du point d'injection.

Si les propriétés anesthésiques locales de la cocaïne sont précieuses dans les opérations dites de petite chirurgie par le fait que cet agent diminue et abolit la sensibilité sans produire l'anesthésie générale et le sommeil, elles le sont bien davantage en chirurgie oculaire, attendu qu'au moyen de la cocaïne on peut anesthésier la conjonctive et la cornée sans irriter en aucune façon ces deux membranes.

Déjà, les laryngologistes connaissaient les propriétés anesthésiantes de la teinture de Coca, et l'employaient en badigeonnages pour produire l'insensibilité du pharynx et des cordes vocales. La cocaïne a bien vite été substituée à la teinture de Coca, et avec les résultats les plus heureux. On s'en sert aujourd'hui dans le but de faciliter les examens au laryngoscope, (3) dans l'opération de la staphyloraphie, pour diminuer la sensibilité morbide de la muqueuse du larynx dans les cas de laryngite aiguë et tuberculeuse, d'ulcérations laryngées rendant la déglutition douloureuse (4).

Cabot (5), Otis (6) l'emploient avec succès en injections uréthrales, pour faciliter le cathétérisme dans les cas d'extrême irritabilité de l'urèthre, et en général dans toutes les opérations qui se pratiquent sur ce canal ou au cours desquelles il est nécessaire de se servir de l'urèthre comme d'un lieu de passage.

---

(1) Koller, *Deut. Med. Zeit*, No 90, 1884.

(2) Dr R. J. Hall, in *New-York Medical Journal*, Dec 6, 1884,

(3) Dr J. Solis Cohen, in *College and Clinical Record*, December, 1884.

(4) *Boston Medical and Surgical Journ.* vol CXL No 22,

(5) *New-York Medical Journ*, December 6, 1884.

(6) Dr Edmond Jelinck in *Deut. Med. Zeit*, traduction du Dr H. Lavrand, in *Journal des Sciences médicales de Lille*,

Un certain nombre d'observateurs vantent aussi les effets anesthésiants de la cocaïne sur la muqueuse nasale dans les cas d'opérations sur cette muqueuse, même dans les cas de coryza.

Dans la pratique ordinaire de la petite chirurgie, le muriate de cocaïne est appelé à rendre de grands services, si les expériences relatées plus haut se confirment, ce qui semble fort probable. Jusqu'à présent, c'est la chirurgie oculaire qui a le plus bénéficié de la découverte du nouvel anesthésique, et l'on peut dire qu'à l'heure qu'il est tous les oculistes l'ont mis à l'essai à la suite de Koller, médecin viennois qui, il y a quelques mois à peine, en a découvert les propriétés anesthésiantes sur l'œil. Nous citons parmi les mieux connus : Panas et Abadie, de Paris (1), Williams, de Boston (2), Noyes, Knapp, Roosa de New York, Seiler de Philadelphie. Notre collègue et ami M. le Dr Foucher l'a également employée dans plusieurs cas. Entre les mains de ces opérateurs, la cocaïne a donné les meilleurs résultats chaque fois qu'il a fallu anesthésier la conjonctive et la cornée, surtout dans les cas d'ablation de corps étrangers, dans l'opération de la cataracte, la strabotomie, l'iridectomie, l'iridotomie, le tatouage de la cornée, l'ablation du chalazion et autres petites tumeurs de la conjonctive palpébrale ou bulbaire. L'instillation de quelques gouttes d'une solution de cocaïne dans le sac conjonctival facilite beaucoup la pose du blépharostat et par là même l'exploration externe de l'œil. Enfin, elle doit avoir aussi son emploi dans le traitement de l'iritis, des ulcères cornéens avec photophobie, de l'irido-choroïdite, etc., affections éminemment douloureuses Le muriate de cocaïne est préféré à l'alcaloïde pur vu sa plus grande solubilité dans l'eau.

En oculistique on se sert d'une solution de 2 à 4 pour 100 ; pour les autres muqueuses, il faut des solutions plus fortes, variant de 5 à 20 p. 100.

A l'heure qu'il est on ne peut se procurer la cocaïne qu'au prix de $1.10 le grain, ce qui est dû au fait que la production en est des plus restreintes et que, d'autre part, la feuille de Coca fait presque absolument défaut cette année.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

MONOD (Dr Charles). *Leçons de clinique chirurgicale faites à l'hôpital Necker*, par le Dr. Chs. Monod, agrégé à la Faculté de Médecine, chirurgien des hôpitaux, suppléant de M. le professeur Trélat.—Paris, aux Bureaux du *Progrès médical*, 14 rue des Casernes, 1884.

Opuscule de 125 pages, in 8, contenant six leçons, sur les sujets suivants :

1° Tuberculose testiculaire et castration.
2° Du mal perforant.
3° Pronostic et traitement du cancer du sein.
4° Fistules pleurales, opérations d'Estlander.
5° Le cancer du testicule chez les enfants.
6° Traitement du bec-de-lièvre.

---

(1) Panas : Communication à l'Académie de Médecine, in *Union Médicale*—Abadie : *Bull. de thérapeutique.*

(2) *Boston Med. and Surg. Journ.*, Nov. 6, 1884.

(3) *N.-Y. Medical Record*, Oct. 11, 18 et 25, 1884.

Nous avons cru ne pouvoir donner une meilleure idée des leçons du savant clinicien qu'en reproduisant les conclusions de sa leçon sur le cancer du sein et de celle qui a pour sujet le traitement du bec-de-lièvre.

NOUVELLES MEDICALES.

Le choléra est virtuellement disparu de l'Europe. Pendant le cours de l'épidémie qui a ravagé récemment et avec tant de violence la ville de Naples, 20 médecins sur 139 ont succombé aux attaques de la maladie.

—Le comité d'organisation du neuvième Congrès international de médecine qui doit se tenir à Washington en 1887, à tenu sa première séance le 29 novembre dernier. Les officiers suivants ont été élus : Président : Dr Austin FLINT, sr., de New York ; Vice-Présidents : Dr Alfred STILLÉ, de Philadelphie, Dr H. P. BOWDITCH, de Boston, Dr R. P. HOWARD, de Montréal ; Secrétaire-Général : Dr J. S. BILLINGS, chirurgien de l'armée des Etats-Unis ; Trésorier : Dr J. W. BROWNE, chirurgien de la marine des Etats-Unis.

Nécrologie.—A Wilmington (Delaware, E.-U.), M. le Dr H. Gibbons, rédacteur-en-chef du *Pacific Medical and Surgical Journal and Western Lancet*, et professeur de pathologie interne au *Cooper Medical College* de San Francisco ; à Auray, en Bretagne, M. le Prof. Foussagrives, dont tous nos lecteurs connaissent les travaux en hygiène et en thérapeutique.

Poursuites.—Le Collège des Médecins et Chirurgiens vient d'obtenir deux jugements contre le sieur Théodore D. Witcher, charlatan de Beebe Plain, et deux autres jugements contre notre excellent ami Courchêne le *ramancheur* de la Baie du Febvre. Les amendes ont été payées, et on nous dit que les rebouteurs sus-nommés se font maintenant tirer l'oreille pour exercer leur art.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—La vacance de Noël, commencée le 22 décembre, prendra fin le 7 janvier. Durant le second terme, les cours se donnent dans l'ordre suivant : *Physiologie* (prof. Duval), à 8 h. a.m., tous les jours ; *Chimie* (prof. Fafard), à 9 h. a.m., tous les jours ; *Anatomie descriptive* (prof. Lamarche) à 10 h. a.m., tous les jours ; *Anatomie pratique* (prof. Berthelot), à 2 h. p.m., tous les jours jusqu'au 5 mars ; *Médecine opératoire pratique* (prof. Lamarche), à 2 h. p.m., tous les jours depuis le 5 mars ; *Pathologie interne* (prof. Rottot), à 3 h. p.m., tous les jours jusqu'au 1er février, à 0 h. a.m., tous les jours après le 1er février ; *Matière médicale thérapeutique* (prof. Desrosiers), 4 h. p.m., tous les jours, après le 1er février ; *Tocalagie* (prof. Dagenais) 5 h. p.m., tous les jours.

NAISSANCES.

LACERTE.—A Ware Village, Mass., (E.-U.), le 14 décembre 1884, la Dame du Dr J. O. Lacerte, une fille.

DESROSIERS.—A Montréal, le 3 janvier 1885, la Dame du Dr H. E. Desrosiers, un fils.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—**M. BROSSEAU.**

Considérations générales sur l'anthrax.

Messieurs,

Il se présente souvent à cette clinique des cas d'anthrax. Nous en avons eu quatre depuis quelques semaines.

Il serait oiseux de vous rapporter en détail chacune de ces observations ; qu'il me suffise de vous rappeler que les deux premiers malades étaient des vieillards et les deux derniers des adultes.

Deux de ces anthrax étaient situés à la région cervicale postérieure, lieu d'élection ; un troisième à la fesse, près de l'anus, et le quatrième à la partie inférieure et latérale du thorax.

Les deux vieillards étaient anémiques, malpropres ; les deux adultes ne paraissaient pas épuisés par les vices ou les maladies constitutionnelles.

P. S., l'un de ces derniers, nous revient aujourd'hui avec un second anthrax de petite dimension, situé à peu près à un pouce en bas du premier qui est guéri depuis un mois.

Je saisis cette occasion pour vous faire quelques remarques touchant cette maladie.

Autrefois on donnait le nom d'anthrax à diverses maladies qui avaient quelques ressemblances pathologiques avec le charbon ou pustule maligne ; mais aujourd'hui ce nom est exclusivement réservé à l'affection qui semble formée par une accumulation de furoncles.

L'anthrax est une inflammation spéciale du derme et du tissu cellulaire sous-cutané. Il ressemble au furoncle par sa constitution anatomique, mais il en diffère par sa forme, son volume et surtout par des symptômes généraux graves.

L'anthrax est une affection d'un type asthénique. Son siège ordinaire est à la nuque, au dos, aux fesses. Son volume varie depuis celui d'un œuf à celui du poing. Quelquefois il acquiert une largeur très considérable. Il présente l'aspect d'une écumoire ou d'un guêpier.

Son siège anatomique est dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque la peau est perforée, on peut, en comprimant l'anthrax, en faire sortir un pus épais, fétide ; les bourbillons flottent dans ce pus. La peau est amincie, décollée, violacée ; elle disparaît sur une certaine étendue.

Quelquefois l'anthrax se complique d'érysipèle et même d'infection purulente. Il est particulièrement fréquent chez les vieillards malpropres et mal nourris. La diminution de la vitalité chez eux peut expliquer cette prédisposition.

L'anthrax est fréquent chez les diabétiques.

Le bourbillon est un produit gangréneux spécial, un mélange de glandes sébacées mortifiées, de lymphe plastique, de pus et de fibrilles de tissu cellulaire.

L'anthrax est tantôt circonscrit et bénin, tantôt diffus, envahissant et malin. Ce dernier ressemble au phlegmon diffus.

Durant cette affection on constate souvent la présence du sucre dans l'urine ; cela tient aux produits pyrogènes qui passent dans le torrent circulatoire et déterminent des fermentations glycosuriques. L'anthrax serait donc, dans bien des cas, la cause et non l'effet du diabète. La coexistence du diabète et de l'anthrax ne serait qu'une simple coïncidence.

On a prétendu que les produits pathologiques de l'anthrax étaient contagieux. Trélat n'a pas hésité à nier cette contagion ; cependant Pasteur attribue la génèse de l'anthrax aux organismes inférieurs, aux microbes. On prétend qu'il est inoculable. Le dernier cas cité plus haut en serait une preuve, puisque un deuxième anthrax s'est déclaré à la suite du premier. C'est aussi ce que l'on observe journellement pour le furoncle (ce diminutif de l'anthrax), il est rare de ne pas voir sur le même sujet une série de furoncles se développer les uns à la suite des autres, il y aurait donc contagion. Le micrococcus a tout ce qu'il lui faut pour se développer dans la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Le diagnostic de l'anthrax est ordinairement très facile.

Il est possible qu'au premier abord on hésite entre l'anthrax et la pustule maligne, mais on se rappellera que la pustule maligne débute nettement par une vésicule, tandis que dans l'anthrax, il y a, depuis longtemps, de la rougeur et de la tuméfaction, lorsqu'une phlyctène apparait. Les orifices multiples qui devront laisser passer les bourbillons complètent le diagnostic.

Le pronostic de l'anthrax est variable. Sa gravité croit en raison de sa dimension et de l'état général.

Le traitement consiste a arrêter le progrès du mal et à éviter ainsi les mortifications étendues, il faut combattre les complications ataxo-adynamiques par les toniques, l'état goutteux par les alcalins, etc. etc. Donc, administrer les amers, les ferrugineux, les sels de potasse, et de plus une diète généreuse, l'habitation des places salubres, etc.

Le traitement local comprend les moyens topiques tels que les émollients, la compression, et le traitement chirurgical : incisions, cautérisations, etc.

L'incision cruciale préconisée par Dupuytren doit comprendre toute l'épaisseur du mal et en dépasser les limites de deux à trois lignes.

Velpeau conseillait les incisions multiples faites en étoile. Sur toutes les surfaces mises à nu, ce chirurgien passait un pinceau imbibé de teinture d'iode caustique afin de prévenir les absorptions purulentes et putrides en oblitérant les orifices vasculaires. Les incisions ont pour but de dégorger les parties, de vider les abcès et de favoriser la sortie des bourbillons.

Gosselin préconise les incisions sous-cutanées afin de respecter les réseaux capillaires, lymphatiques ou sanguins.

Il est difficile de dire lequel de ces procédés mérite le plus de faveur.

Du reste, le chirurgien devra choisir telle ou telle méthode suivant les conditions spéciales de l'affection et du sujet.

La cautérisation est très en vogue comme traitement de l'anthrax. Cette méthode a été employée à des points de vue différents dans le but de faire avorter la maladie, d'éviter les accidents dépendant de l'emploi du bistouri : érysipèle, hémorrhagie, etc.

Jobert recouvrait la tumeur d'une trainée de caustique de Vienne. qu'il laissait en place un quart d'heure.

Follin conseillait le fer rouge ; Verneuil emploie le thermo-cautère ; Paget n'aime pas la chirurgie active.

Afin de débarrasser la plaie des escharres qui gênent la sortie des produits purulents et des lambeaux de tissu cellulaire, Foucher recommande d'appliquer sur l'anthrax une ventouse à pompe afin d'aspirer dans le récipient tout ce qui peut en être détaché, pus, bourbillons, etc.

En résumé, disons que le traitement devra nécessairement varier suivant le siège, l'étendue, le caractère de bénignité ou de gravité que présentera la tumeur. Ce qui a fait dire à Michon : " il n'y a pas un anthrax, mais il y a des anthrax."

Dans les cas ci-dessus rapportés, nous avons pratiqué une incision cruciale jusqu'à la base de la tumeur, puis, avec un pinceau imbibé de teinture d'iode, nous avons, à l'exemple de Velpeau, badigeonné toutes les anfractuosités de la plaie le jour de l'opération et les jours suivants.

Nous avons pu par ce moyen modifier singulièrement toutes les parties qui avaient tendance à la gangrène, leur rendre une nouvelle vitalité et favoriser par conséquent la cicatrisation. Au lieu de la teinture d'iode nous aurions pu nous servir, avec une égale confiance, du chlorure de zinc, de l'acide phénique. Ces médicaments ont un effet à peu près analogue.

A la suite de la cautérisation nous avons tamponné la plaie avec un glycérolé à l'iodoforme ; on sait que l'iodoforme est un antiseptique puissant.

En résumé nous devons dire que l'incision cruciale, suivie de la cautérisation, nous a donné entière satisfaction dans les quatre cas d'anterax que nous avons traités dernièrement.

P. S.—Un de nos malades nous arrive aujourd'hui à la consultation, porteur d'un second anthrax situé à la région cervicale postérieure, à environ un pouce plus bas que le premier. Cet homme est boulanger de son état, et ne parait pas très soigneux de sa personne.

Devons-nous attribuer cette récidive à la contagion, c'est-à-dire au contact d'un pus contenant des microbes ?

Nous sommes disposés à le croire ; tout de même, nous allons chercher quelque vice constitutionnel qui pourrait expliquer cette repullulation.

Convulsions infantiles.— Plusieurs cas de convulsions infantiles sont rapportés dans le *American Journal of Obstetrics* (octobre et novembre 1884), cas que l'on aurait traités avec succès par des injections hypodermiques de morphine, après que les autres moyens ordinairement employés eurent échoué. La dose a varié de $\frac{1}{15}$ à $\frac{1}{4}$ gr. en injection hypodermique.

—La méningite tuberculeuse se développe toujours chez les enfants scrofuleux et tuberculeux, ou issus de parents atteints eux-mêmes de tubercules et de scrofulides cutanées, osseuses, ganglionnaires et viscérales.—BOUCHUT.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—**M. LARAMEE.**

Chorée.—Hémorrhagie cérébrale.

(Leçons recueillies par H. E. CHOQUETTE, L.B., M.B.)

Chorée.—Lizzie F., agée de onze ans, est entrée à l'hôpital le 22 octobre 1884, atteinte de mouvements choréiques généraux. Tous ses membres étaient mis en jeu pour exécuter les contorsions les plus bizarres, la même agitation persistant nuit et jour.

Les voisins de la famille F. nous ont informés que l'enfant a subi de fort mauvais traitements de la part de ses parents adonnés aux spiritueux.

Les renseignements touchant l'hérédité n'ont pu nous être fournis, de sorte que nous ignorons les névroses qui peuvent exister chez les parents.

Ces mouvements constants et désordonnés que nous avons signalés déjà, ont duré environ deux mois, mais avec une diminution sensible chaque jour. Au début, l'agitation était telle, qu'il a souvent fallu administrer le chloroforme en inhalations, de manière à amener l'anesthésie totale pour faire cesser cette agitation et aussi combattre l'insomnie. La liqueur arsénicale et les bromures ont également été employés.

Aujourd'hui, toutes les convulsions ont disparu, et Lizzie est parfaitement guérie.

Je tenais, messieurs, avant le départ de cette petite malade, à attirer votre attention sur quelques points généraux de l'histoire des chorées, et je me permettrai de vous les rappeler brièvement à la mémoire.

Vous n'ignorez point que la chorée est une maladie très fréquente chez le sexe féminin, et surtout chez les petites filles. Vous avez aussi remarqué que pendant la maladie de cette fillette, le côté gauche a toujours été plus agité. C'est un fait reconnu que ce côté est presque toujours le plus affecté ; c'est aussi le côté de prédilection des douleurs dans les différentes névroses.

Tous les muscles peuvent être intéressés dans la chorée, mais les muscles respiratoires et les sphincters sont ordinairement respectés. Cependant, chez cette petite, les muscles du larynx et de la respiration n'ont pas fait exception et vous vous rappelez sans doute, outre cette régurgitation brusque des aliments qu'on lui administrait, ces cris, ces aboiements caractéristiques provoqués par la contraction convulsive des cordes vocales.

Parmi les causes prédisposantes de la chorée je vous signalerai au premier rang, l'hérédité choréique, hystérique, épileptique, asthmatique, la démence, la diathèse rhumatismale, l'anémie, etc.

Les chagrins, les émotions morales vives, la frayeur, la crainte, l'imitation, si commune dans les couvents, toutes ces causes sont autant de causes déterminantes de la chorée, et dans ce cas-ci, c'est très probablement la frayeur occasionnée par les mauvais traitements qui a donné lieu à la maladie.

J'ai maintenant, messieurs, à vous faire une révélation qui en étonnera peut-être plusieurs d'entre vous. Il n'existe point de maladie qui

ait une tendance plus naturelle à la guérison, et ce que je vous dis là est si vrai, qu'il suffirait d'une bonne alimentation, avec repos dans une chambre bien aérée et isolée, pour voir l'affection disparaître presque à l'époque voulue, c'est-à-dire en deux ou trois mois. Néanmoins, il arrive par exception que la chorée persiste toute la vie, mois soyez bien persuadés que ces cas sont extrêmement rares. Assez souvent les malades conservent certains tics involontaires, mais notre petite est entièrement rétablie.

Cependant, le traitement aide la guérison, et voici les médicaments que j'emploie d'ordinaire : l'arsenic, le bromure de potassium, le fer, la strychnine, le chloroforme, l'éther sulfurique. En faisant des vaporisations d'éther le long de la colonne vertébrale, au moyen de l'appareil de Richardson, on obtient de bons résultats.

Mais n'oubliez jamais que c'est le temps qui est le maître.

Aussi, en pratique, il ne faudrait pas vous attribuer tout le succès de la guérison, mais plutôt avoir à l'esprit la sentence d'Ambroise Paré, quand il racontait ses cures : "*Je le pansay, Dieu le guarist.*" D'un autre côté, la mort n'est pas impossible par l'insomnie et l'épuisement nerveux. C'est à vous de surveiller ces points-là. Chez cette petite, les mouvements étaient si désordonnés et si continus qu'il nous a fallu recourir au chloroforme pour les combattre et prévenir l'insomnie.

Les désordres intellectuels peuvent, dans des cas bien exceptionnels, persister indéfiniment.

Cette maladie, comme nous l'avons déjà dit, attaque ordinairement le sexe féminin, et surtout à l'époque de la dentition, de la puberté, de la grossesse, principalement à la première grossesse. La chorée des femmes grosses prédispose à l'avortement ou à l'accouchement prématuré. La chorée est quelquefois accompagnée d'endocardite pouvant conduire à des lésions valvulaires du cœur. Dans ce cas, il est probable que cette complication cardiaque appartient aux chorées relevant d'une diathèse rhumatismale. Chez notre petite malade, l'auscultation n'a rien révélé d'anormal du côté du cœur.

J'allais oublier, messieurs, de vous rappeler que la chorée récidive souvent, et que cette récidive peut se déclarer après la dentition, aux époques de la puberté et de la grossesse, à la suite des mêmes causes déterminantes qui avaient provoqué la première attaque.

Hémorrhagie cérébrale.—X., âgé de 25 ans, mécanicien de son métier, nous est arrivé ce matin, accusant une hémiplégie totale du côté gauche, avec atrophie musculaire consécutive.

Cette maladie, datant de 13 mois, lui est survenue subitement pendant l'acte du coït auquel il s'était livré avec fureur. Il explique son cas en disant "*qu'il a forcé la nature.*"

A la suite de ce choc, il a été cinq jours sans connaissance. Depuis il est resté plus ou moins hémiplégique.

Les courants électriques continus auxquels il se soumet depuis quelque temps paraissent lui vitaliser quelque peu les muscles.

Il avoue avoir fait un usage immodéré d'alcool.

Vous avez là sous les yeux, messieurs, un cas intéressant, et je ne manquerai point cette occasion de vous en dire quelques mots. Son histoire me met de suite en position de déclarer que cet individu a été frappé d'hémorrhagie cérébrale. En présence d'une hémiplégie

complète ou incomplète, suivie ou non de perte de connaissance, vous pouvez soupçonner tout d'abord l'hémorrhagie cérébrale, parce que celle-ci est la cause la plus ordinaire de l'hémiplégie. Cependant vous savez que bien d'autres causes peuvent déterminer l'hémiplégie, vg. l'embolie, les tumeurs intra-craniennes, les traumatismes, l'hystérie, etc., etc. Mais, il y a quelques mois, nous vous avons assez entretenus sur ces sujets, surtout au point de vue des diagnostics différentiels, pour nous dispenser d'en parler de nouveau cette année.

Outre l'hémiplégie, vous remarquez, dans ce cas-ci, l'atrophie musculaire des membres du côté malade : encore un symptôme tardif qui appartient spécialement à l'hémorrhagie cérébrale, et ici elle est localisée aux muscles du bras et très peu à la jambe.

Il y en a peut-être parmi vous, messieurs, qui se reportent à l'âge de notre patient et se disent : " vingt-cinq ans..... c'est bien jeune." A ces incrédules, je répondrai qu'il y a des *vieillards* à vingt ans, comme il y a de la jeunesse à cinquante ans et plus. D'ailleurs, il arrive souvent que toute une génération soit frappée ainsi d'hémorrhagie cérébrale, à un âge relativement jeune.

Les autres symptômes que nous pouvons rencontrer sont l'hémianesthésie, le tremblement, la contracture, même l'hémichorée, mais ils sont tous plus ou moins rares et peuvent manquer sans influencer le diagnostic.

Maintenant, quelle pourrait être, chez cet homme, la cause de l'hémorrhagie cérébrale ? Il faut bien avouer que les causes en sont nombreuses, mais il est une cause prédisposante qui tient le premier rang, c'est l'altération vasculaire.

En effet, c'est jeune, avez-vous été tentés de dire, mais rappelez-vous l'histoire de cet individu. Vénus et Bacchus semblent être les deux divinités qu'il a le plus adorées et l'alcool n'est-il pas l'une des principales causes des altérations vasculaires ?

Nous avons en outre à bien remarquer dans quelles circonstances est survenue cette hémorrhagie " *Il a forcé la nature* ; voilà son explication Aussi cet effort amenant nécessairement une congestion cérébrale, le plaçait-il dans les conditions les plus favorables à l'hémorrhagie, dans le cas d'altération vasculaire.

Il est une chose que vous ne devez jamais oublier dans ces cas, c'est l'hérédité, et s'il se rencontre une maladie héréditaire par excellence, bien autrement peut-être que la phthisie et le cancer, c'est l'hémorrhagie cérébrale, et si vous l'oubliez, les bonnes vieilles commères sauront bien vous le rappeler, en vous disant que leur père ou mère, tel ou tel de leur oncle ou tante est mort *d'apoplexie* et qu'elles craignent pour elles-mêmes.

Quant à l'état actuel de ce patient, le coup est porté, et il faut que les effets s'en suivent. De là à dire que c'est mortel, il y a toute une différence. Puisqu'il a pu résister au choc apoplectique, sa position peut continuer de s'améliorer avec le temps, mais il en restera toujours quelque chose.

Il lui faudra éviter tout abus d'alcool, tout effort, tout ce qui pourrait enfin provoquer une nouvelle hémorrhagie. Le traitement curatif n'est pas très efficace dans ces cas. Je crois que les courants électriques continus, qui semblent produire un bon effet sur lui, sont ce que l'on peut conseiller de mieux pour combattre l'atrophie musculaire et aussi l'hémiplégie.

THERAPEUTIQUE GENERALE.

UNIVERSITÉ LAVAL (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

Des usages thérapeutiques du lait.

Nous résumons comme suit l'action physiologique du lait: le lait est un aliment complet renfermant les divers éléments nécessaires à la nutrition : albumine, sucre, matière grasse et sels. Sa forme liquide le rend d'une digestion la plupart du temps très facile en même temps que rapide. En général, les malades l'aiment beaucoup. C'est, dans toute la force du terme, un aliment réparateur, un reconstituant des plus efficaces. Enfin il est doué de propriétés diurétiques bien marquées.

A titre d'aliment complet et de tonique reconstituant, le lait est indiqué dans tous les états caractérisés par l'anémie, la débilité et l'asthénie, surtout quand vient s'y joindre l'irritabilité ou même la simple faiblesse des organes digestifs. On le prescrit tous les jours dans l'anémie idiopathique et la chlorose, la convalescence des maladies débilitantes, et même, la plupart du temps, au cours des affections fébriles et inflammatoires : fièvre typhoïde, scarlatine, variole, pneumonie, pleurésie, érésypèle, etc ; dans les différentes cachexies et diathèses : scrofulose, tuberculose, syphilis, cancer, etc. M. Dujardin-Beaumetz insiste sur le régime lacté dans le traitement de la tuberculose, et il en fait prendre à ses malades un ou deux grands bols, le plus près possible du moment où le lait a été trait.

Dans ces différents états morbides, le régime lacté, tout tonique qu'il soit, ne doit pas, sauf exception, être prescrit à l'exclusion de toute autre diète. On comprend qu'une diète plus animale encore et plus substantielle, composée de viandes, œufs, etc., devra être ordonnée chaque fois que le malade la pourra supporter et que la nature du cas le permettra.

L'usage du lait est plus expressément indiqué dans le traitement de quelques maladies spéciales, telles que la dyspepsie irritative, le catarrhe gastrique, l'ulcère gastrique simple, perforant ou alcoolique, le cancer de l'estomac, l'indigestion intestinale chronique, la diarrhée chronique, surtout chez les enfants ; dans la néphrite aiguë et chronique, le mal de Bright en ses diverses formes, le diabète sucré, la cystite, surtout dans sa forme chronique, la goutte, les anévrismes et les maladies organiques du cœur.

Il est peu de formes de dyspepsie auxquelles ne convienne pas le régime lacté, s'il est appliqué d'une manière convenable. La dyspepsie irritative en particulier s'améliore rapidement sous son influence, que le lait soit pris pur ou mélé à l'eau de chaux. Cette addition d'eau de chaux est surtout utile quand il se produit des vomissements fréquents ou de la diarrhée.

Même remarque peut être faite pour le catarrhe gastrique chronique et l'ulcère de l'estomac, simple ou consécutif à l'usage des alcooliques. " La diète lactée, dit M. Dujardin-Beaumetz, est absolument nécessaire dans les cas d'ulcère de l'estomac. Il faut avouer qu'on a bien un

peu abusé du lait dans le traitement de ces cas, en le prescrivant *ad libitum*, c'est-à-dire au gré du malade. Ce n'est pas ainsi que le lait se doit prendre. Suivant le conseil de Gallard et de M. Dujardin-Beaumetz, le lait doit être donné en très petites quantités à la fois, pur ou écrémé, avec ou sans addition d'eau de chaux. Comme le traitement de l'ulcère de l'estomac esten général assez long, il arrive souvent que les malades se dégoûtent de la diète lactée et veulent à tout prix revenir à un régime plus substantiel. Ce dégoût se retrouve, au reste, dans beaucoup d'autres cas où le lait a dû être pris pendant un certain temps d'une manière continue, et c'est là un inconvénient auquel il est assez difficile de remédier.

M. Debove est d'avis que les malades souffrant d'ulcère stomacal ne devraient pas être soumis à une diète exclusivement lactée, vu le danger de production d'une dilatation de l'estomac puis d'hémorrhagie, si le lait est ainsi administré en grande quantité. Pour remplacer le lait, dans ces cas, il propose la poudre de viande dont nous avons parlé dans une de nos précédentes leçons.

De toutes les formes de diarrhée, la forme chronique est celle à laquelle convient le mieux le régime lacté. " Le lait est le meilleur médicament de la diarrhée chronique, dit M. Dujardin-Beaumetz, et c'est quelquefois le seul." La diarrhée chronique chez l'enfant, de même que celle de l'adulte, se traite presque toujours par une diète exclusivement lactée. Au reste, la plupart des troubles digestifs chez l'enfant ayant pour point de départ des écarts de régime ou l'usage d'une alimentation impropre (animale ou végétale) on doit songer à revenir à la diète lactée avant que d'instituer un traitement médicamenteux.

Depuis longtemps le lait est recommandé aux brightiques et forme, pour ainsi dire, la base du traitement de la néphrite chronique, contre laquelle il agit d'abord comme tonique reconstituant alimentaire, puis comme diurétique. Sous son influence, on voit diminuer la proportion d'albumine dans l'urine en même temps qu'augmenter la proportion d'eau et d'urée, l'œdème diminuer et parfois disparaître, les fonctions de nutrition se faire mieux, enfin, le malade gagner en poids et s'améliorer sensiblement.

Quant aux maladies organiques du cœur, à leur période de non-compensation, elles se trouvent on ne peut mieux de l'emploi du lait, et cela, aux mêmes titres que le mal de Bright : la diurèse est accrue, la tension vasculaire diminuée, et la nutrition générale améliorée d'une façon plus ou moins marquée. Mais il est une condition sur laquelle insiste avec raison M. Peter, c'est que le lait soit bien toléré par l'estomac. M. Peter le donne cru, c'est-à-dire non bouilli, à la dose de deux ou trois chopines par jour, par gorgées ou par petites tasses, et non par grands bols à la fois. Il conseille également de ne pas prolonger la diète exclusivement lactée pour plus de deux ou trois semaines au bout desquelles quelqu'autre article de diète peut être ajouté en même temps que l'on diminue la dose du lait. On revient ainsi, par degrés, à l'alimentation ordinaire, " que l'on continue pendant une ou deux semaines pour reprendre ensuite la diète lactée pendant un même nombre de semaines."

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est à la période de non-compensation (période *adynamique* de Peter) que le lait doit surtout être

employé. Il ne produit aucun effet appréciable dans les affections compensées. On peut dire de lui ce que l'on dit de la digitale: il ne suffit qu'il y ait bruit de souffle pour qu'on le prescrive.

Dans la cystite chronique, le régime lacté donne la plupart du temps de bons résultats, et l'on a rapporté des cas de guérison de cette opiniâtre maladie par l'usage exclusif du lait.

On a proposé, il y a quelques années, les injections intra-veineuses de lait pour combattre l'anémie profonde, soit simple, soit consécutive aux hémorrhagies, etc., et cette médication a donné certains succès entre les mains de quelques observateurs. Pepper, de Philadelphie, entre autres, l'a recommandé, et McDonnell, de Dublin, l'a employé dans un cas d'épuisement profond consécutif à la fièvre typhoïde. L'injection de lait remplacerait ici avantageusement la transfusion du sang, mais ces résultats ont besoin de plus ample confirmation.

Localement, le lait chaud constitue un bon gargarisme dans les cas de pharyngite et d'amygdalite aiguës. On l'a même conseillé, à ce titre, contre les accidents diphthéritiques de la gorge.

Jusqu'ici nous n'avons parlé que du lait pur, en tant qu'aliment complet et comme tonique analeptique. Privé de ses éléments gras, c'est-à-dire écrémé, le lait est préféré par beaucoup dans le traitement de quelques-unes des maladies que nous venons de voir, v. g. maladie de Bright, dyspepsie gastro-intestinale, et aussi dans celui des affections calculeuses, de l'obésité et de la glycosurie.

Tyson, de Philadelphie, prescrit le lait écrêmé de préférence au lait pur dans le cas de mal de Bright et dit l'administrer avec plus d'avantage dans la néphrite interstitielle que dans les autres formes. La céphalalgie, le vertige et la nausée seraient souvent soulagés d'une manière remarquable par ce mode de traitement.

Dans les troubles gastro-intestinaux, fonctionnels ou organiques, le lait écrêmé semblerait en beaucoup de cas se digérer plus facilement que le lait pur, vu l'absence de matière grasse.

Le lait écrémé est plus diurétique que le lait pur, d'où son indication dans les cas de calculs et de diathèse urique.

Weir-Mitchell et Tyson regardent l'usage systématique du lait écrémé comme étant le meilleur agent à opposer à l'obésité, à dose de cinquante onces par jour, à peu près. Quand le poids du corps a atteint un chiffre rationnellement proportionné à la taille du sujet, on réduit la dose du lait pour revenir graduellement à une nourriture plus substantielle.

Pour Tyson, aucun article de diète ne réussit mieux que le lait écrémé dans le traitement de la glycosurie. Il n'y a pas toujours guérison, mais au moins, peut-on obtenir, en tous cas, un soulagement très prononcé. Cet auteur conseille de continer la même diète tant qu'il y a des traces de sucre dans l'urine.

Le petit lait, ou lait de beurre, est parfois préféré au lait pur et au lait écrémé dans les affections gastriques que nous avons vues tout à l'heure. Chez les vieillards dont les fonctions gastriques languissent ou qui souffrent de dyspepsie irritative, chez les alcooliques dont l'estomac est fatigué par l'usage des spiritueux et par les excès de table, le petit lait est souvent l'article de diète que les malades peuvent le mieux supporter.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Pneumonie bilieuse. — Clinique de M. le professeur POTAIN, à l'hôpital Necker. — Au nº 29 de la salle St-Luc est couché un homme qui est entré le 29 du mois dernier. Ce malade se portait bien lorsqu'il fut pris de malaises, de frissons, de dégoût pour les aliments et eut un peu de diarrhée. Il y avait douze jours que cet état durait quand il fut pris d'un point de côté et d'un sentiment de fièvre qui le forcèrent, le lendemain, à entrer à l'hôpital. Samedi matin, troisième jour de sa maladie, on constatait en arrière, à gauche et au sommet, une diminution de la sonorité, quelques râles et une respiration rude. La langue était blanche et la soif médiocre.

Il y avait de la constipation. Le ventre était ballonné et sensible au niveau de l'épigastre. Le foie était un peu tuméfié et douloureux sur le bord. Le diagnostic n'était pas difficile. Le sommet gauche étant un peu congestionné, il n'était pas douteux que cet homme eût une pneumonie, quoique les crachats ne fussent pas très significatifs.

Mais ce n'était pas cette lésion qui nous frappait, c'était les phénomènes qui existaient du côté du tube digestif. En effet, dès le début, cet homme renonça à s'alimenter. Le jour de l'examen, sa langue était tellement blanche et son ventre si ballonné et si douloureux qu'on eut recours aux vomitifs. Le tartre stibié associé à l'ipéca fit vomir le malade et ramena la température de 38º à 37º. De ce jour là, elle n'a pas augmenté. Mais, si l'état général s'est modifié, l'état local ne s'améliora pas. On avait non-seulement des râles fins à gauche, mais encore une diminution de la sonorité à droite. Le sommet droit sembla donc un instant se prendre. Je donnai deux gr. d'ipéca, et à la suite de vomissements nombreux le malade était bien.

Comme il avait eu de l'agitation et du délire qui nous avaient inquiétés, nous pensâmes à l'alcoolisme ; mais nous fûmes obligés de mettre cette opinion de côté, vu qu'il affirme ne pas boire et qu'il n'a pas de tremblements.

Aujourd'hui, ce malade entre en convalescence. On ne trouve rien à droite. A gauche, il existe une légère induration et une diminution du murmure respiratoire. Voilà donc un homme guéri. Ajoutons que nous avons pu vous présenter un vase contenant des crachats. Les uns blancs, filants et un peu visqueux, n'avaient rien de particulier ; les autres, moins aérés et un peu colorés, indiquaient d'une façon manifeste l'existence d'une pneumonie.

Cette pneumonie, qui a débuté par des phénomènes gastro-intestinaux, peut être rangée dans la catégorie des pneumonies bilieuses de Stoll. Elle est constituée par l'association de phénomènes gastro-intestinaux avec des modifications pulmonaires et un changement dans l'état général. J'ai dit association, car il ne conviendrait probablement pas d'appeler pneumonie bilieuse celle qui survient chez des individus ayant déjà un embarras gastrique ou bien celle qui, tout en suivant son cours, se complique de modifications du côté du tube digestif. Cela ne veut pas dire que la maladie soit tout à fait différente ; cela signifie seulement

que la nature ne crée pas des espèces absolument circonscrites en pathologie, sauf les maladies spécifiques. Ceci dit, passons à la description des accidents gastro-intestinaux de la pneumonie bilieuse.

Dès le début, le malade perd l'appétit, éprouve du dégoût pour les aliments et n'est pas, en général, tourmenté par la soif. Il a des sensations pénibles. Au niveau de l'épigastre, c'est une sensation de pesanteur; vers le cardia, c'est une sensation de brûlure. Il y a des régurgitations fréquentes d'un liquide acide, amer ou quelquefois âcre. La langue est blanche et colorée en jaune ou en vert. Cette coloration n'a rien à voir avec la bile. Il y en a bien quelquefois, mais ce sont là des faits exceptionnels. Ces malades ont des nausées et des vomissements. Une diarrhée peu abondante accompagne ces malaises. Ils ont une céphalalgie intense et gravative. La face est un peu jaune, verdâtre. Elle ressemble à celle des chlorotiques. Les conjonctives participent rarement à cette coloration qui dépend de la circulation des capillaires de la face. Il sont prostrés, tristes et défaits. Le pouls, parfois bondissant, est ordinairement mou. La température et la fièvre n'offrent rien de spécial. Ces malades en général guérissent ; cependant il faut faire des exceptions. Il y a des épidémies graves et d'autres qui sont bénignes. Il y en a dans lesquelles les malades que l'on saigne succombent, tandis que ceux que l'on fait vomir guérissent. En général, quand ils succombent, ils succombent vite. La mort arrive dans les premiers jours de la maladie.

Quand ils ont échappé aux orages des premiers jours, il semble qu'ils sont sauvés.

Les autopsies que nous possédons sont anciennes. Elles nous montrent une pneumonie au premier dégré. Le poumon a un caractère œdémateux. Le liquide qui s'en échappe est très abondant. Dans les cas plus avancés, quand l'hépatisation est arrivée au deuxième degré, le poumon est moins friable, moins dur. Les données anatomiques semblent donc nous indiquer une forme spéciale ; ceci dit, occupons-nous de savoir comment cet état gastrique s'associe avec une pneumonie.

Les opinions sont diverses et aucune n'est établie. Stoll en admet deux qu'il laisse au choix du lecteur. Dans la première, l'excitation gastrique se transmet au poumon et y provoque une pneumonie. Dans la deuxième, pour laquelle il semble pencher, la bile contenue dans l'estomac passe dans le sang et va irriter le poumon. Il avait mille fois raison de rester dans l'indécision, car aujourd'hui nous ne savons à quoi nous en tenir. Il est certain que nous connaissons des cas où les troubles gastriques retentissent sur le poumon. Nous avons souvent été à même de constater que lorsque les troubles gastriques augmentaient, ceux du poumon s'aggravaient et que si les premiers cessaient, les seconds disparaissaient. La relation est donc indubitable et nous pouvons affirmer que de tous les organes qui peuvent retentir sur le poumon, l'estomac est peut-être celui qui retentit le plus. On a vu des malades, en convalescence, pris de malaises excessifs et de pneumonie à la suite d'un repas plantureux. Il n'est pas rare de voir se déclarer une pneumonie à la suite d'ingestions froides dans l'estomac. L'année dernière, ici, chez un charretier, nous avons vu une pneumonie qui s'était déclarée à la suite de l'ingestion dans l'estomac d'un verre de bière. L'estomac est donc comme la peau. Le froid, qu'il agisse sur la peau ou sur l'estomac, produit le même effet. En face de ces faits, il est permis de

présumer que c'est ce qui arrive dans un certain nombre de cas, dans les pneumonies bilieuses par exemple.

Est-ce là tout ? Non ; et quoique cette discussion soit déjà bien longue, je veux vous indiquer la participation des micro-organismes dans la pneumonie. On en a trouvé dans les crachats, dans le sang provenant du ventricule droit et dans celui qui vient du poumon. C'est de ces pneumonies, qui se présentent sous forme épidémique, sans cause appréciable, qu'il a été fait mention dans un article de médecine du mois de septembre de cette année. Un médecin de Baccarat a observé ces pneumonies, sous forme épidémique. Il voyait le même groupe dans des endroits spéciaux, tels que le voisinage d'étangs, de marais ou de terres fraîchement remuées, bref, dans tous les lieux dégageant des miasmes. Quoiqu'il en soit, on se demande si en réalité il n'y a pas une participation de ce genre ; malheureusement ce médecin n'a pas mis à part toutes les pneumonies qu'il a observées. Il n'a noté que les pneumonies bilieuses ; trente -deux cas en trois ans.

Cette étiologie semble bien nous prouver qu'il existe une cause générale qui prédispose l'homme à subir la maladie. Les grosses chaleurs d'automne, soit qu'elles agissent en modifiant l'économie ou bien en provoquant l'éclosion d'êtres microscopiques, sont une de ces causes .C'est vers le printemps ou vers l'automne, chez des individus jeunes ou moyennement âgés, qu'elle survient ; quelquefois, comme la pneumonie vulgaire, c'est sous l'influence du froid.

Le pronostic est variable et dépendra de la thérapeutique, s'il est vrai, ce dont on ne peut douter, qu'on a vu mourir tous les malades saignés et guérir tous ceux à qui on n'avait donné que des évacuants. Il faut donc modifier la thérapeutique. Tout le monde a rejeté les émissions sanguines. Bouillaud seul les a conservées. Il est vrai que pour lui la pneumonie bilieuse était une pneumonie compliquée d'ictéritie.

Quant à la façon dont le traitement doit être dirigé, elle dépend de la prédominance des accidents gastro-intestinaux. Les auteurs eux-mêmes reconnaissent que la médication est complexe. Quand les phénomènes gastriques sont accentués, les vomitifs ont une efficacité très rapide. Le choix du vomitif n'est pas sans importance. Doit-on employer indifféremment l'émétique ou l'ipéca ? Non. Les malades qui n'ont que des phénomènes gastriques se trouvent bien de l'émétique, mais, s'il y a en plus des phénomènes intestinaux, il est préférable d'associer l'ipéca à ce dernier médicament. Si la diarrhée prédomine, il faut laisser de côté le tartre stibié qui ne fait que l'exagérer et la remplacer par la racine du Pérou, qui tend à l'arrêter. Quand le poumon est pris, on doit abandonner les vomitifs, et recourir aux émissions sanguines. Chomel était d'avis qu'on employât d'abord le moyen qui répondait le mieux à l'élément pathologique qui s'était montré le premier en date. C'est peut-être une règle commode, mais elle est fausse. Dans un grand nombre de cas où la pneumonie et les phénomènes gastro-intestinaux sont médiocres, la thérapeutique est plus simple. Il y en a d'autres au contraire où, bien que la fièvre soit tombée, bien que les phénomènes gastro-intestinaux soient disparus, l'état local persiste toujours. La pneumonie disparaît lentement et, bien que les signes soient les mêmes, ils ont un certain caractère de persistance. C'est ici qu'il ne faut pas négliger la médecine topique et qu'il est bon d'associer aux éméto-cathartiques les vésicatoires et les

ventouses scarifiées. En résumé, il s'agit d'une pneumonie dans laquelle le traitement joue un si grand rôle que, selon qu'on le néglige ou qu'on l'applique, les malades meurent ou guérissent.—*Praticien.*

De la fièvre dans la chlorose.—Clinique de M. le prof. JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—La femme couchée au nº 31de la salle Laënnec, nous a présenté le cas le plus remarquable de fièvre liée à la chlorose que j'ai jamais vu.

Avant l'introduction du thermomètre, la possibilité de cette fièvre avait été niée ; mais lorsque cet instrument a fait son apparition, il a bien fallu revenir sur cette proposition et reconnaître que la chlorose, par elle-même, peut donner lieu à un mouvement fébrile dont j'ai mentionné les caractères dans ma pathologie. Il suit la chlorose, et prend fin lorsque les globules du sang sont régénérés ; mais je ne l'ai jamais vu durer soixante jours et présenter de telles difficultés au diagnostic.

Comme la malade était enrhumée, nous avions pensé en premier lieu à quelque préparation tuberculeuse. Les examens réitérés et l'amélioration de la bronchite n'ont pas permis de douter plus longtelmps de la nature de cette fièvre qui a duré jusqu'à la guérison. La maade est sortie après avoir eu une température qui, dans les vingt-cinq premiers jours, a toujours approché de 40º le soir, et qui, dans les quinze premiers, a présenté des rémissions matinales assez faibles. Du quinzième au vingt-cinquième par exemple, les rémissions matinales ont été assez fortes, si bien que nous l'avions traitée dans le sens d'une fièvre intermittente quotidienne sans aucun succès. A partir du vingt-cinquième jour, si la température n'a plus été aussi forte, elle est restée néanmoins élevée. Bref, la fièvre a duré jusqu'à la terminaison de la pénurie globulaire.

S'il est une vérité courante c'est qu'une fièvre d'une durée de vingt-cinq jours dans nos pays n'est guère liée qu'à une dothiénentérie, de sorte que la durée devient un élément de diagnostic rétrospectif. Eh bien, nous tirerons de la courbe précédente que cela n'est pas exact, puisque l'élément durée n'est pas exclusivement propre à la fièvre typhoïde.

Maintenant, quelle idée pouvons-nous bien nous faire de la pathogénie de la fièvre dans la chlorose ? quelle est la lésion organique ? Il n'y en a pas d'autre que la diminution des globules rouges. Pouvons-nous entrevoir une relation entre cette diminution et l'état fébrile? Oui. Quel est l'effet de la leucocythémie sur la composition du sang ? Il y en a deux : la diminution du fer et de l'oxygène. La diminution du fer est-elle en rapport avec la fièvre ? Rien ne nous autorise à le penser. Celui qui l'admettrait ferait une pure hypothèse. Pouvons-nous tirer un meilleur parti de la diminution de l'oxygène ? Possédons-nous quelque autre fait qui nous autorise à penser que l'anoxémie puisse agir sur le système nerveux pour produire la fièvre ? Oui. Il y a déjà bien des années (et ces expériences ont été confirmées) que Rosenthal a établi que la diminution de l'oxygène, soit réelle, soit relative, agit à l'égal d'un excitant sur le foyer respiratoire du bulbe. Est-ce trop étendre l'analogie que de dire que l'anoxémie peut avoir une action calorifique? Je ne le crois pas, et c'est ainsi que j'interprète cette fièvre.

Que savons-nous pour le foyer calorifique? Nous savons, par les

travaux de Schiff, de Brown-Séquard et de Claude-Bernard, qu'il y a des foyers calorifiques échelonnés dans la moelle épinière, dans le bulbe, et que les plus élevés sont dans les pédoncules cérébraux. Quelques physiologistes pensent qu'indépendamment de cette chaîne il s'en trouve aussi dans l'écorce du cerveau. Le fait est moins établi; mais quoi qu'il en soit, il y a donc dans l'axe cérébro-spinal des foyers qui ont la propriété de régler la chaleur.

Voilà, quant à moi, l'idée que je peux me faire de la chlorose sans complication. La pénurie globulaire était énorme au début (le quart du chiffre normal), puis l'amélioration de la fièvre marchant parallèlement avec l'augmentation des globules, la malade nous a quittés guérie de tous ces symptômes et avec un état globulaire revenu au chiffre normal.

Les difficultés du diagnostic nous ont permis de constater un autre fait, à savoir que cette fièvre résistait aux médicaments les plus antipyrétiques. Nous avons donné, en effet, du sulfate de quinine en deux circonstances: la première fois, au début, pendant trois jours, sans résultat, puis un peu plus tard, pendant six jours, sans impressionner la fièvre. L'iodure de fer et le quinquina ont seuls, en restituant les globules, fait justice de la chlorose et par suite de la fièvre. D'où cette conclusion pratique: c'est que si chez un chlorotique il y a un mouvement fébrile, il ne faut pas qu'il vous détourne d'instituer la médication ferrugineuse, car c'est le seul moyen de l'impressionner. Voilà ce que je voulais vous dire à ce sujet.—*Praticien.*

Traitement de la goutte.— Quelle conduite tenir, lorsqu'on se trouve en présence d'un malade atteint d'une attaque aiguë de goutte, au gros orteil, par exemple, lieu de prédilection.

Les anciens auteurs, et quelques modernes, ont pensé qu'il faut respecter à tout prix la manifestation goutteuse, sous peine de voir survenir par *métastase* les complications viscérales les plus graves ; il serait, suivant eux, extrêmement dangereux de détourner "les matières peccantes" qui cherchent à s'éliminer par les articulations. Aussi s'explique-t-on ce précepte de Cullen qui résumait le traitement de l'accès goutteux dans ces deux mots : "Patience et flanelle" ; —les moyens thérapeutiques de Fuller : "Abstinence, flanelle, patience, repos," bien que deux fois plus nombreux, ne devaient pas non plus perturber profondément l'organisme. Ce sont les mêmes principes d'abstention que développait habilement Lucien dans sa *Tragopodagra* : la goutte, après avoir rappelé tous les moyens, plus ou moins saugrenus, dont s'arment les mortels pour la combattre, s'écrie : "Tous ces gens-là sont des insensés qui ne font qu'irriter ma colère ; aussi, je les traite sans miséricorde. Mais pour ceux qui n'entreprennent rien contre moi, j'en use avec indulgence et avec bonté à leur égard." La goutte a dû changer d'avis depuis Lucien ; car elle paraît se montrer plus clémente et faire moins souffrir ceux qui ne la dédaignent point.

Sans vouloir la tourmenter par des moyens un peu énergiques comme les émissions sanguines, les vésicatoires, les moxas, les liniments révulsifs, les applications locales très chaudes ou très froides sur l'articulation, on interviendra avec avantage en agissant sur l'état local et sur l'état général. Le repos complet de l'articulation est indispensable ; elle doit être maintenue dans l'immobilité absolue. On

l'enduit d'un liniment calmant ou on la badigeonne de laudanum, puis on l'enveloppe avec de l'ouate recouverte d'une feuille de taffetas gommé.

Si ce pansement ne procure pas de soulagement, on peut avoir recours à des fumigations calmantes, ou à un cataplasme, lorsque le malade peut en supporter le poids.

S'il existe de la constipation, on administre des purgatifs, de préférence les eaux sulfatées ou chlorurées sodiques.

Lorsque la douleur est très vive, malgré les applications locales, lorsqu'il y a de la fièvre, on donne avec avantage 50 centigr. de sulfate de quinine par jour et des potions calmantes avec de l'opium, de la morphine ou du chloral ; peu de médecins partagent encore l'avis de Scudamore qui *respectait* la douleur, la considérant "comme le remède désagréable de la nature et une sécurité pour la vie." Cependant nombre de médecins bornent leurs efforts à empêcher le malade de souffrir et n'ose recourir à deux médicaments véritablement très utiles, quasi spécifiques dans l'attaque de goutte : le colchique et le salicylate de soude. Fièvée n'a-t-il pas écrit que le colchique était à la goutte ce que le sulfate de quinine est à la fièvre intermittente ? mais avant d'employer ces médicaments, avant de commencer une thérapeutique un peu active chez un goutteux, il faut s'assurer de l'état des reins, afin de ne pas exposer le malade aux inconvénients redoutables de la non-élimination par les urines.

Bien qu'on ne connaisse encore qu'incomplètement les effets physiologiques du colchique, son action n'en est pas moins précieuse : c'est le médicament par excellence de l'attaque de goutte : aussi s'explique-t-on facilement le succès de certaines spécialités anti-goutteuses dans lesquelles le colchique entre pour une large part. On emploie les alcoolatures, les teintures ou le vin de colchique à la dose de 1 à 2 gr. par jour, en surveillant bien le malade pour voir s'il ne survient ni diarrhée, ni vomissements. On donne par exemple 20 gouttes de colchique, matin et soir ; un gr. de teinture renferme, en effet, au moins cinquante gouttes.

M. Lécorché ne dépasse pas les doses quotidiennes de 2 à 4gr. de teinture, de 0 gr. 20 de poudre ou de 0 gr. 05 à 0 gr. 10 d'extrait en pilules : il diminue progressivement les doses à mesure que disparaissent les phénomènes d'acuité. — Il est sage du reste d'administrer le colchique avec ménagement, à doses un peu faibles pour tâter la susceptibilité du malade ; il faut également surveiller son emploi, de même que pour tous les médicaments actifs, et suspendre quand on voit se produire des sueurs profuses et une diurèse abondante.

Il est de plus très utile de maintenir le malade à la diète, de lui donner des boissons abondantes, fraîches au besoin : tisanes, eau d'orge, infusion de queues de cerises, de pariétaire. M. Bouchard ajoute volontiers à l'eau froide du carbonate de soude ou de l'acétate de potasse; il conseille aussi d'administrer dès cette période la lithine dans une infusion chaude aromatique, à la dose de 1 gr. à 1 gr. 50 par jour.

Le traitement doit varier suivant l'intensité de l'accès ; c'est surtout lorsque la fluxion articulaire est considérable, lorsque les douleurs sont vives, que l'on doit employer la plupart de ces moyens.

Le salicylate de soude a été fort vanté par le Dr Germain Sée dans la goutte aiguë et chronique; il le considère comme le médicament par excellence dans le premier cas. Tel n'est pas cependant l'avis généralement adopté : sans doute le salicylate de soude rend de précieux services en diminuant les phénomènes douloureux, en atténuant la violence du paroxysme ; mais son emploi n'est pas toujours sans inconvénients ; s'il s'élimine incomplètement, on verra les accidents nerveux les plus graves survenir. Au contraire, lorsque l'attaque de goutte est terminée, lorsque l'orage est calmé, le salicylate de soude est très indiqué. "Nous réservons, dit M. Lécorché, le salicylate de soude au traitement de la goutte avec concrétions tophacées, tendant aux déformations articulaires et aux poussées subaiguës incessantes. Donné de temps en temps pendant plusieurs jours, à la dose de 4 à 6 gr. dans l'intervalle des attaques, il augmente chaque fois, en de notables proportions, le chiffre de l'acide urique contenu dans les urines et débarrasse ainsi le sang de son excès d'urate de soude." Le salicylate de soude présente alors le triple avantage : 1° de prévenir ou de diminuer le nombre des attaques ; 2° d'empêcher la formation d'ankyloses et de faire disparaître les roideurs articulaires ; 3° de faciliter la résorption des dépôts uratiques. C'est surtout aux goutteux articulaires que convient la médication salicylée, mais elle est souvent employée avec avantage contre la goutte viscérale.

Ce n'est pas le seul traitement de la diathèse goutteuse dans l'intervalle des attaqnes ; il faut avoir recours aux médicaments qui diminuent la formation de l'acide urique, et régularisent les fonctions nutritives. La médication alcaline est certainement la plus importantes : en Angleterre, on emploie de préférence les sels de potasse, particulièrement le carbonate ; ce sel agirait, d'après Roberts, sur les sables uriques ou uratiques. On préfère généralement, en France, les sels de soude, surtout le bicarbonate : ces sels préviennent la formation des dépôts uratiques, les dissolvent quand ils sont formés ; ils augmentent l'alcalescence du sang et transforment l'urate de soude en urate neutre. MM. Charcot et Bouchard ont pu donner à des malades jusqu'à 30 gr. de bicarbonate de soude par jour, sans voir survenir aucun trouble de cachexie alcaline ; à plus forte raison, cette médication ne peut-elle avoir aucune influence fâcheuse, lorsqu'on donne les alcalins à la dose habituelle de 4 à 5 gr. par jour. Il vaut mieux toutefois s'en abstenir chez des personnes âgées dont la goutte est atonique et qui ont de la tendance à l'anémie

L'acide benzoïque serait également utile (Ure, Bence Jones) pour transformer l'acide urique contenu dans le sang en acide hippurique, aussi a-t-on préconisé l'usage des benzoates de soude, de chaux, d'ammoniaque, qui sont généralement bien supportés par l'estomac.

La lithine a été mise en honneur surtout par Garrod ; on administre le carbonate de lithium à la dose de 50 centigrammes, à chaque repas, dans une eau chargée d'acide carbonique. Bouchard préfère l'iodure de lithium qui, outre sa grande solubilité, réunit peut-être les propriétés altérantes de l'iode à celles de la lithine.

La médecine doit surveiller attentivement l'état des fonctions digestives du goutteux : soutenir l'appétit au moyens des amers, des toniques, stomachiques ; maintenir la liberté du ventre à l'aide des laxatifs (rhubarbe, soufre, crême de tartre) et des eaux minérales.

Les eaux rendent du reste les plus grands services dans le traitement de la goutte ; cette médication thermale commence à être mieux connue. Que nos lecteurs veuillent bien se reporter aux conseils si pratiques et si précis que donne à ce sujet M. Lécorché ; voici comment il résume les indications de cette médication complexe : " On devra tenir compte, dit-il, de la force du malade, de l'âge de la goutte, de la violence des attaques, préférant les eaux bicarbonatées sodiques fortes pour les individus vigoureux et dont les accès présentent un grand caractère de violence, conseillant les eaux sulfatées sodiques aux goutteux chez lesquels existe du catarrhe gastro-intestinal, de la pléthore abdominale, réservant les eaux bicarbonatées calcaires et les sulfatées calcaires pour les goutteux dont la vigueur paraît plus considérable, ou chez lesquels les attaques articulaires ne présentent qu'un assez faible caractère d'intensité. Ce sont également les eaux bicarbonatées sodiques faibles, les bicarbonatées et les sulfatées calcaires qu'on prescrira de préférence aux goutteux chez lesquels la diathèse se traduit surtout par des manifestations viscérales." Ce rapide aperçu permet de voir que l'emploi des diverses sources doit être raisonné et que, à cette condition, il peut modifier puissamment la diathese goutteuse.

Les attaques répétées de goutte laissent le plus souvent après elles des lésions du côté des articulations atteintes. Lorsqu'on observe des poussées sub-aiguës analogues à l'attaque de goutte sthénique, contre la roideur articulaire, les tophus, on emploiera avec avantage, si l'état des parties molles le permet, des frictions, le massage, les douches sulfureuses localisées et même l'électricité. Si les fonctions digestives sont bonnes, on administre l'iodure de potassium à dose 30 à 50 centigr. par jour ; s'il ne fait pas toujours disparaître le tophus, il empêche de nouvelles productions. En même temps, lorsque la goutte est invétérée, on soutiendra les forces avec le fer (eaux ferrugineuses), le quinquina et les toniques de toute espèce.

Lorsque les manifestations articulaires s'effacent devant les désordres viscéraux d'origine goutteuse, il faut instituer un traitement spécial suivant l'organe affecté (estomac, appareils génito-urinaire, circulatoire, etc.) ; parfois même ces troubles précèdent les manifestations articulaires. Le médecin devra donc se rappeler qu'il est en présence d'un goutteux et agir en conséquence. — *Concours médical*

Valeur diagnostique de l'ictère.—1o Quand l'ictère survient subitement et sans douleur, chez un sujet en santé, il peut résulter quelquefois d'une émotion et n'a pas de durée.—2o Quand il vient à la suite d'une affection cérébrale, ou d'atrophie aiguë du foie, de morsure de serpent venimeux, de fièvre infectieuse, il est toujours accompagné de troubles cérébraux.—3o S'il y a en même temps fièvre et jaunisse intense, c'est un signe d'inflammation des conduits biliaires, de pneumonie, ou d'inflammation de la veine porte.—4o L'apparition soudaine de la jaunisse, précédée de douleur paroxystique et de vomissements, annonce neuf fois sur dix la présence de calculs biliaires.—5o S'il y a eu au préalable inflammation de l'estomac et du duodénum, l'ictère est catarrhal.—6o L'imperméabilité absolue du canal cholédoque est annoncée par la teinte foncée de l'ictère, la consistance et la couleur argileuse des selles, et, quand l'obstruction est récente, la dilatation de la vésicule.

—7o Quand l'oblitération est subite, elle s'accompagne toujours de douleur paroxystique avec nausée.—8o Dans les cas rares où elle est le résultat d'un cancer, du développement d'hydatides, de tumeurs anévrysmales, elle est accompagnée de dilatation et de déformation du foie, d'ascite, symptômes qui, avec les autres signes fournis par l'exploration clinique, permettront un diagnostic précis.—9o Le retour soudain de la coloration normale indique que le canal cholédoque redevient perméable.—10o Quand le canal cystique est oblitéré, malgré l'existence de la douleur, des nausées, de la dilatation de la vésicule, il n'y a pas de jaunisse. Si le canal hépatique est bouché, les mêmes signes subsistent, la jaunisse en plus, mais la vésicule n'est pas distendue. Il est souvent difficile de distinguer l'occlusion du canal hépatique de celle du canal cholédoque, laquelle est plus rare, le diamètre de ce canal augmentant à partir de son origine.—11o Quand les parois du canal sont épaissies ou deviennent adhérentes entre elles, les coliques, l'inflammation, les nausées ont disparu depuis quelque temps que l'ictère dure encore.—12o La récidive de ces accidents est l'indice de la présence de calculs.—13o Quand la jaunisse se produit lentement, sans être précédée de colique ou de catarrhe, elle est probablement dûe à une pression s'exerçant sur le canal cholédoque, ou à une tumeur des parois de ce canal.—14o L'ascite existant avec l'ictère indique la cirrhose ou le cancer du foie; si l'organe est atrophié, c'est la cirrhose atrophique; s'il est augmenté de volume, c'est la cirrhose hypertrophique ou le cancer.—1o L'absence d'ictère n'implique pas nécessairement l'intégrité du foie, puisque cet organe peut être complètement dégénéré, extripé même sans qu'il paraisse trace de jaunisse.—(*Med. Times and Gazette.*)

Traitement de la fièvre typhoide par le seigle ergoté.—M. Grillière vient, dans sa thèse inaugurale, d'attirer l'attention sur le traitement de la fièvre entérique par l'ergot de seigle. Voici les conclusions de l'auteur, telles que nous les trouvons dans l'*Union médicale* du 1er janvier.

Sans être un remède héroïque, l'ergot de seigle est un médicament très utile dans le traitement de la fièvre typhoïde; ses effets sont analogues à ceux du sulfate de quinine et des bains froids.

Il agit surtout dans les formes congestives pulmonaires et abdominales, grâce à son influence sur les stases sanguines et la diarrhée. Il est anti-thermique, son action sur la température est parfois très rapide.

Il diminue la fréquence du pouls et régularise la circulation.

Les formes ataxiques et cérébro-spinale sont rarement modifiées par le médicament.

On peut l'employer pendant la période menstruelle sans craindre d'accident.

La dose d'ergot doit varier beaucoup suivant les sujets. Chez quelques-uns il faut en donner de cinquante à soixante-dix grains par jour pour obtenir un effet thérapeutique. Chez d'autres, une quantité beaucoup moins grande peut occasionner des désordres circulatoires.

Les vomissements que provoquent quelquefois les premières doses d'ergot ne sont à craindre, d'ordinaire, que pendant les deux ou trois premiers jours; s'ils persistent, on peut remplacer le seigle ergoté par les injections d'ergotinine.

A ces conclusions très justes on peut ajouter qu'il faut, autant que possible, donner le seigle ergoté à doses fractionnées, ce qui permet de surveiller l'effet du médicament, et ne pas craindre de l'employer chez les enfants, qui ont paru retirer de grands avantages de cette médication.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la tuberculose au point de vue chirurgical.—Au commencement de cette année, la *Gazette des hôpitaux* publiait une petite série de leçons de M. Trélat sur la tuberculose au point de vue chirurgical. Esquissant à grands traits les recherches histologiques, expérimentales et cliniques, qui, dans le cours de ces dernières années, ont amené une si profonde révolution dans l'histoire de la tuberculose ramenée, d'une part, au nom de l'expérimentation, à son unité primitive, tandis que, d'autre part, l'observation clinique, secondée par le contrôle de l'histologie et éclairée par la nouvelle doctrine étiologique bacillaire, élargissait et étendait considérablement le champ de ses localisations, l'éminent professeur montrait combien, en présence de cette multiplicité et de cette variété de sièges de l'affection tuberculeuse et de sa marche plus ou moins rapidement envahissante, le rôle du chirurgien allait s'étendre, mais aussi combien ses déterminations allaient être rendues difficiles par la complexité même du problème à résoudre.

On sait combien, de son côté, M. Verneuil, dans ses instructions familières auprès des lits des malades, dans ses leçons cliniques, dans ses communications aux sociétés savantes et aux divers congrès, à brassé et retourné sous toutes ses faces cette question des tuberculoses locales et de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les résultats opératoires.

Sous l'inspiration de ces deux maîtres, des points de vue divers de cette importante question ont été repris en sous-œuvre et ont fait le sujet d'intéressantes études. L'un des plus distingués parmi leurs anciens élèves, M. l'agrégé Bouilly, qui a publié l'année dernière un très intéressant mémoire, dans la *Revue de chirurgie*, sur la présence des bacilles dans les lésions chirurgicales tuberculeuses, nous entretenait tout récemment, pendant sa suppléance du service de M. Trélat à la Charité, de plusieurs faits de cet ordre, notamment des cas assez nombreux déjà (une vingtaine environ) d'ablations de ganglions tuberculeux qu'il a faites avec succès, et il pratiquait sous nos yeux une nouvelle ablation de ganglions tuberculeux volumineux de la région cervicale chez un jeune homme de vingt-deux ans.

Il s'agissait d'un jeune garçon prédisposé héréditairement à la tuberculose, n'ayant cependant eu aucune maladie sérieuse pendant son enfance, bien qu'un peu délicat. Au mois de juillet de l'année dernière, sans cause appréciable, il vit se développer derrière son oreille droite une petite tumeur roulant sous le doigt. Bientôt après les ganglions sous-maxillaires postérieurs et sus-hyoidiens, ainsi que le groupe sous-claviculaire se prirent à leur tour ; il s'était fait, en un mot, presque simultanément, une véritable invasion de tous les ganglions cervicaux. Un traitement médical fut institué, mais sans aucun résultat.

Une saison à Salins parut produire d'assez bons effets; mais pendant la cure un des ganglions étant venu à rougir et à se ramollir, un médecin avait pratiqué une ponction. Le ganglion en partie vidé, la cicatrisation ne s'opéra pas ; une fistule s'établit, par laquelle s'écoulait un liquide séropurulent, et des phénomènes inflammatoires éclatèrent dans la zone voisine.

La ponction avait manifestement livré passage aux éléments tuberculeux contenus dans le ganglion, et il s'était fait une auto-inoculation par suite de laquelle les tissus ambiants avaient été envahis.

Toutefois, l'état général n'étant pas mauvais au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, mais la nature tuberculeuse de ces tumeurs ganglionnaires lui paraissant évidente, M. Bouilly, se fondant sur les bons résultats qu'il avait déjà obtenus dans un bon nombre de cas de ces sortes d'opérations, s'est déterminé à en pratiquer l'ablation, en se servant alternativement du bistouri et de la curette et faisant suivre immédiatement le raclage du lavage des surfaces avec la solution de chlorure de zinc au 5/100e. La cicatrisation a été prompte et sans accidents, le malade à quitté l'hôpital une huitaine de jours après l'opération.

Quelques jours plus tard, M. Bouilly pratiquait trois opérations analogues : deux d'ouverture de larges foyers, l'un d'abcès froid, l'autre d'abcès par congestion, avec raclage et lavage à la solution chlorurée, et la troisième de raclage et injection d'une tumeur blanche du coude, toutes suivies, bien entendu, du pansement antiseptique rigoureux.

N'ayant pas à nous étendre aujourd'hui sur les détails de ces opérations, ni sur leurs résultats définitifs, qui ne nous sont pas encore connus, nous nous bornons pour l'instant à cette mention. Et passant à l'examen de quelques-unes des productions les plus récentes sur le sujet qui nous occupe, nous allons commencer par l'étude d'un point de la question qui doit précéder logiquement tous les autres, savoir quelles sont les voies et portes d'entrée de la tuberculose, au point de vue de la doctrine étiologique bacillaire.

Des portes d'entrée de la tuberculose.—Nous nous bornerons pour l'instant à examiner ce premier point de la question, les portes d'entrée de la tuberculose, titre et sujet d'un travail très remarquable de M. le docteur Verchère, aide d'anatomie de la Faculté de Paris. Ce sujet, à lui seul, constitue tout un programme. Aussi serons-nous tenu à scinder notre étude. Voyons d'abord comment se développent, se manifestent et s'étendent les tuberculoses locales. Au point de vue de la doctrine bacillaire, qui considère toute tuberculose comme maladie infectieuse, produite par des germes existant dans l'air, venant par conséquent du dehors,—proposition contestable d'ailleurs en tant que générale,—il était intéressant de rechercher, à l'aide de faits cliniques, quelles sont les portes d'entrée du principe infectieux.

L'une de ces portes d'entrée est le tégument externe. Il existe deux modes de pénétration possible :

1o L'inoculation directe, traumatisme, piqûre, se produisant sous deux formes, la piqûre anatomique ou une véritable auto-inoculation superficielle par destruction traumatique de l'épiderme protecteur ;

2o Les lésions superficielles dues à des affections de la peau ou les

orifices naturels du tégument externe, glandes sudoripares, sébacées ou mammaires.

Comme exemple d'inoculation directe par d'autres voies que la voie expérimentale, M. Verchère ne peut citer que le fait rapporté par M. Verneuil, à l'Académie de médecine, le 22 janvier de cette année, dans lequel il s'agit d'un jeune médecin qui, alors qu'il était externe à l'hôpital Sainte-Eugénie, vit apparaître, quatre ou cinq jours après avoir pratiqué une autopsie, une petite papule à la racine de l'ongle de l'annulaire, suppurée et restée fistuleuse, point de départ de p lusieurs foyers secondaires de même nature; et l'observation qu'il a pu recueillir lui-même chez un étudiant en médecine, qui, après s'être piqué en faisant l'autopsie d'un phthisique, vit survenir sur le point piqué un tubercule qui fut suivi rapidement de lésions pulmonaires très étendues.

Un second groupe de faits comprend des exemples d'inoculation directe consécutive à une affection de la peau. Telles sont diverses lésions réputées scrofuleuses, le lupus par exemple, dans lequel on a constaté la présence du bacille tuberculeux, certaines formes d'impétigo. Les faits rapportés par M. Verchère, empruntés à la thèse d'agrégation de M. Quinquaud, en 1883, sont des exemples de lupus tuberculeux et de lupus tuberculo-ulcéreux, suivis de l'explosion de la tuberculose pulmonaire et de la mort.

Inoculation par inhalation et par ingestion.—Nous ne nous arrêterons pas sur l'inoculation par inhalation, qui n'a pas besoin de nouveaux exemples.

L'inoculation par ingestion, démontrée par l'expérimentation, l'est aussi par la clinique. Le fait avait été déjà reconnu par Cruveilhier et par Andral, qui ont constaté l'existence de tubercules dans les ganglions mésentériques, dans les vaisseaux lymphatiques et les portions correspondantes de la muqueuse intestinale ulcérée. Le fait a été observé plus fréquemment chez l'enfant, plus exposé par son genre d'alimentation à ce que le tube digestif serve de porte d'entrée au microbe tuberculeux,

Le pharynx et la cavité buccale peuvent aussi être le siége d'une tuberculose primitive. La présence de glandes nombreuses dans le pharynx, et le contact fréquent qu'il a à subir des substances dures, d'aliments épicés ou acides, suffiraient à en faire concevoir l'origine. Pour la cavité buccale, il est presque toujours aisé de remonter à des traumatismes, comme cause de localisation, érosions, écorchures, excoriations, etc.

La tuberculose de l'anus peut être due à des conditions analogues, érosions et fissures hémorrhoïdaires. M. Verchère en a recueilli un exemple très probant dans la clinique de M. Verneuil, chez une jeune femme de bonne apparence, entrée dans le service pour une fistule anale. Opérée et guérie, mais lentement, de cette fistule, deux ans plus tard se manifesta une explosion de tuberculisation pulmonaire révélant la nature tuberculeuse de la première lésion.

Inoculation par voies génitales et urinaires.—On pouvait prévoir *a priori* que les liquides provenant des organes génitaux de l'homme ou de la femme atteints de tuberculose doivent contenir des bacilles

tuberculeux. Les expériences et l'observation clinique ont vérifié cette prévision.

La présence des bacilles tuberculeux a été démontrée dans les tuberculoses de la prostate, des vésicules séminales, du cordon, de l'épididyme, dans celles de l'utérus et de ses anexes. Pour le moment, cette constatation nous suffit, nous pouvons négliger les hypothèses plus ou moins ingénieuses à l'aide desquelles on a cherché à expliquer le mode de pénétration et d'émigration des bacilles jusqu'à ces organes profonds. L'explication est plus simple pour les lésions tuberculeuses des parties génitales externes, assimilables en cela aux tuberculoses cutanées.

Localisations secondaires et généralisation.—On a vu le microbe tuberculeux pénétrer dans l'organismes, et les lésions locales qu'il produit au niveau du point de l'économie qui lui donne passage. Que va-t-il advenir pour l'économie de sa présence?

Un malade porteur du microbe tuberculeux pourra longtemps présenter toutes les apparences de la santé jusqu'au jour où, sous l'action d'un traumatisme, par le fait d'une cause de débilitation quelconque, il sera atteint de lésions tuberculeuses nouvelles. Celles-ci pourront être multiples ; parfois il pourra n'en exister qu'une seule.

Quel sera le mécanisme de cette auto-inoculation ? Et comment expliquer qu'un traumatisme en apparence bénin puisse avoir des suites aussi graves ?

Il y a deux éléments à considérer, l'individu et le virus. Tant que l'individu sera sain, exempt de toute tare organique, le microbe ne révèlera sa présence par aucun symptôme extérieur ; il continuera à circuler dans le torrent sanguin ou lymphatique sans causer d'accidents. Mais qu'une inflammation vienne à se manifester en quelque point des viscères, avec les globules blancs qui vont s'échapper par diapédèse de la cavité vasculaire pour s'épancher dans le tissu conjonctif de la région enflammée, vont s'épandre aussi les bacilles tuberculeux dans ce nouveau millieu éminemment favorable à leur développement et à leur prolifération. Tel est, dans la théorie nouvelle, un des modes de la localisation secondaire.

Pour le traumatisme qui, dans les tuberculoses chirurgicales, joue un si grand rôle, l'auto-inoculation s'explique d'une façon encore plus simple.

Lorsqu'il survient un froissement, une contusion légère, il se fait une rupture de petits vaisseaux sanguins, qui donne facilement passage aux bacilles tuberculeux en circulation, et il en résulte une colonie parasitaire.

Enfin il peut se faire une inoculation de proche en proche. Les lymphatiques partant d'une lésion tuberculeuse contiennent dans leur intérieur une multitude de parasites qu'ils transportent au niveau des ganglions tant que leur paroi est intacte ; mais s'ils présentent une solution de continuité, les bacilles vont pouvoir se répandre au point lésé et produire ainsi une véritable inoculation sur ce point. C'est ce qui s'était réalisé chez le jeune sujet aux gros ganglions tuberculeux du cou, opéré par M. Bouilly, lorsque lui fut pratiquée, avant son entrée à l'hôpital, l'ouverture de l'un de ces ganglions suppuré.

Tels sont les cas qui se sont présentés fréquemment à la suite d'amputations de jambes pour des tumeurs blanches tibio-tarsiennes, par

exemple, où l'on a vu, alors que l'on pouvait espérer voir survenir la guérison, une toute petite ulcération persistante sur le trajet de la cicatrisation, prendre un mauvais aspect, devenir fongueuse et présenter peu à peu tous les caractères d'une ulcération tuberculeuse gagnant de proche en proche tout le tissu cicatriciel.

Des exemples nombreux que rapporte M. Verchère dans la partie clinique de son travail, dont les observations sont pour la plupart au service de M. Verneuil, semblent autoriser les conclusions suivantes de ce travail, qui ne sont autres que les propositions formulées par M. Verneuil lui-même, et qui sont à ses yeux l'expression des lois qui régissent l'inoculation et la généralisation de l'infection tuberculeuse :

Infection générale primitive par invasion du microbe venu du dehors, et pénétrant directement par voie sanguine, ou indirectement par voie lymphatique.

Infection générale secondaire par pénétration dans le torrent circulatoire de microbes empruntés à un foyer de tuberculose locale existant depuis un temps plus ou moins long et resté jusqu'alors isolé et indépendant.

Localisation primitive par fixation du microbe venu du dehors en un point de l'économie situé plus ou moins profondément, mais en dehors du réseau vasculaire.

Localisation secondaire impliquant une infection générale antérieure, laquelle fournit par différents mécanismes (auto-inoculation interstitielle, diapédèse, etc.) des microbes capables de former des colonies fécondes en certains points de l'organisme.

Nous poursuivrons cette étude dans la revue prochaine, où nous aborderons plus directement la question pratique des conditions de l'intervention chirurgicale.—*Gaz. des hôpitaux.* (*à suivre.*)

Mort de cause dentaire.—Voici un fait intéressant, qui vient s'ajouter à beaucoup d'autres pour nous montrer combien la face est une région dangereuse, et quelles surprises nous réserve à l'occasion le réseau vasculaire dont elle est sillonnée. On sait depuis longtemps les périls que fait naître, à cette place, l'affection la plus bénigne, un furoncle ou un anthrax de petit volume; on connait les phlébites faciales qui peuvent accompagner ces tumeurs et causer la mort par l'inflammation des sinus de la dure-mère ou la pyohémie; on se rappelle que Reverdin (*Arch. gén.*, août 1870) attribue la gravité des anthrax de la lèvre à la texture serrée de ses éléments musculaires, condition qui favoriserait l'application phlébitique. Mais ce qu'on ignore en général, c'est qu'une périostite alvéolo-dentaire peut entraîner des accidents de même ordre, c'est-à-dire une inflammation propagée aux veines faciales et aux sinus crâniens. Dans l'article Dent du *Dictionnaire encyclopédique* (p. 246). Magitot rappelle des observations de Guyon, Théophile Anger, Demons (de Bordeaux), où la mort eut lieu par ce mécanisme. Toujours la périostite siégeait au maxillaire inférieur.

M. le docteur Colombe (de Lisieux) nous signale un nouveau cas de cette complication redoutable, et chose curieuse, il s'agit cette fois d'un *abcès sus-maxillaire*, lésion beaucoup moins grave, ayant peu de tendance à gagner les parties voisines, et finissant d'ordinaire par l'ouverture spontanée sans amener de grands désordres.

Le terrain n'était pas heureux: le malade est un enfant de dix ans, très lymphatique, dont le frère et la sœur seraient morts de méningite aiguë. Souvent il a eu des fluxions dentaires; toutes les dents de la mâchoire supérieure sont usées transversalement, les couronnes diminuées de moitié. Le 7 août, le petit malade est couché depuis cinq ou six jours avec une douleur et une fièvre intenses; toute la moitié gauche de la face est le siège d'un gonflement dur, œdémateux, sans fluctuation, qui s'étend à la région sus-hyoïdienne. La gencive est tuméfiée, la bouche s'ouvre à peine, l'enfant parle difficilement. T. 39°2.

Du 7 au 12, la tuméfaction augmente; le doigt, introduit à grand'-peine, trouve un abcès de la voûte palatine, l'ouverture en fait sortir une petite quantité de pus. Le 14, l'œdème a diminué, le malade consent à prendre chaque jour du bouillon et du lait. Récidive et seconde ouverture de l'abcès le 16 août. L'œdème gagne la paupière du côté droit. Il n'y a pas d'exophthalmie. A gauche, les veines de la joue sont nettement dessinées; il en est une qui donne au doigt la sensation d'un cordon dur et qui se dirige vers le sillon naso-génien pour aboutir à la racine du nez. Incontinence d'urine, évacuation involontaire des matières fécales, ventre ballonné.

M. Colombe prescrit le sulfate de quinine et une potion à l'extrait de quinquina.

Le 18 surviennent deux frissons, de quelques minutes et de trois quarts d'heure. T. 39°, délire pendant la nuit. Le 19, l'œdème a presque entièrement disparu, mais l'enfant est dans le coma; la mort arrive dans la journée.

Il faut regretter que l'autopsie n'ait pu être faite. Cependant, le diagnostic de notre confrère nous paraît à l'abri de tout reproche: " Périostite alvéolaire suppurée, inflammation consécutive des veines faciales et phlébite des sinus de la dure-mère." Peut-être une intervention rapide, si M. Colombe eût été appelé dans les cinq ou six premiers jours, eût-elle empêché l'évolution fatale; on ne saurait trop se méfier, en pareils cas, d'un œdème aux allures progressives, ni trop vite intervenir par le débridement des tissus et l'usage des antiseptiques.—*Union médicale.*

Ah! si jamais la nécessité de l'alliance du médecin et du dentiste fut prouvée, elle l'est par les faits douloureux que nous enregistrons aujourd'hui. La science médicale et l'art dentaire sont actuellement trop complexes pour qu'ils puissent être pratiqués par le même homme. Et si nous demandons pour le médecin des notions dentaires, pour l'étudiant en médecine un cours d'odontologie, pour le dentiste des connaissances médicales assez étendues, ce n'est pas pour les voir se confondre, mais pour qu'ils se prêtent mutuellement assistance pour le bien de leurs malades.

Le récit ci-dessus montre que le médecin n'était pas préparé à l'examen buccal, que le diagnostic et le traitement des affections d'origine dentaire lui sont peu connus. En l'espèce la nécessité d'une intervention chirurgicale précoce était toute indiquée, intervention devant s'attaquer à la cause même et non aux accidents secondaires. La périostite alvéolo-dentaire se localise sur une ou plusieurs dents, sur une ou plusieurs alvéoles; il était facile de préciser le point de départ de l'inflammation, il n'était pas impossible pour un dentiste expérimenté de

faire disparaître la ou les dents cause de tout ce mal, malgré l'œdème de la face. La suppression du corps irritant étant effectuée, l'évacuation du pus en résultait, et comme nous avons été à même de le constater en maintes circonstances analogues, la guérison eût été rapide.—*L'odontologie.*

Le traitement des brûlures à l'hopital Bellevue, New-York.—Dupuytren a divisé les brûlures en six degrés, suivant l'étendue ou mieux la profondeur de la lésion. Dans la brûlure au premier degré, il n'y a qu'une simple inflammation de la peau. Dans celle du deuxième degré, l'épiderme est soulevé et il se forme des phlyctènes plus ou moins étendues. Le troisième degré comporte la destruction de l'épiderme et d'une partie du derme. Dans le quatrième, la lésion s'étend à toute l'épaisseur du derme. Enfin, dans les cas de brûlure au cinquième et au sixième degrés, les muscles, tendons, troncs nerveux, vaisseaux et os sont intéressés.

A Bellevue, les cas qui se présentent le plus souvent sont ceux appartenant au deuxième et au troisième degrés. Les brûlures au premier et au quatrième sont plus rares. Depuis deux ans on n'a eu à traiter aucun cas du cinquième et du sixième degrés, de sorte que les remarques qui vont suivre ne s'appliquent pas à ces derniers.

Les symptômes constitutionnels varient dans chaque cas, avec la puissance de résistance du malade, et en général, avec l'étendue de la surface brûlée. La douleur est un symptôme constant et semble être surtout marquée dans les brûlures du second degré. Généralement il y a plus ou moins de choc nerveux au début, lequel se prolonge avec la douleur. En règle générale il y a aussi, dès le début, diminution de la quantité d'urine excrétée. Bien souvent, durant les deux premières semaines, ce symptôme peut prendre un caractère très sérieux. Dans un très grand nombre de cas l'urine devient albumineuse au bout de vingt-quatre heures; quelquefois elle contient même du sang. Dans le cours de la première semaine, la température peut s'élever à 100°-101°. Dans des cas plus graves, elle varie entre 100° et 103° pendant cinq ou six jours. Le cœur a généralement besoin d'être stimulé. Le malade maigrit bientôt, même quand la brûlure semble n'être que peu grave.

Quand la brûlure affecte une grande étendue de la peau, qu'elle soit au premier, au second ou à tout autre degré, le pronostic doit être très réservé La présence d'albumine ou de sang dans l'urine doit être regardée comme un signe grave...

Pour calmer la douleur, on devra administrer la morphine sous la peau, à dose suffisante pour soulager le malade. Durant la période de choc nerveux on stimulera l'action du cœur au moyen d'injections hypodermiques de teinture de digitale ou d'eau de vie. Aussitôt que la réaction a commencé et que le patient peut prendre quelques substances par les premières voies, on lui donne : infusion de digitale, une once, acétate de potasse, quinze grains, à prendre toutes les trois heures, nuit et jour. Diète exclusivement lactée. Quand les forces sont un peu revenues, on administre un cathartique, Si l'on a raison de soupçonner l'urémie, on a recours aux sudorifiques. Dans un cas de ce genre, j'ai administré la pilocarpine de manière à provoquer la diaphorèse. Le malade éprouva une amélioration très marquée à la suite de cette dernière médication.

Il est rare que l'hyperthermie exige un traitement spécial. Malgré que la fièvre se prolonge pendant un certain nombre de jours, et que le malade se trouve dans d'assez mauvaises conditions pour soutenir cette élévation de température, l'expérience que l'on a de ces cas, à Bellevue, justifie la non intervention eu égard à l'hyperthermie. La quinine à doses antipyrétiques et les bains froids font à un certain nombre de ces malades plus de mal que ne leur en fait l'élévation trop considérable de la température. Si après, être restée à 102° pendant quelques jours, la température monte davantage, il vaut mieux rétablir l'équilibre circulatoire à la périphérie, au moyen de fomentations térébenthinées ou de cataplasmes chauds, que d'administrer la quinine. Dans la plupart des cas il sera bon de commencer à bonne heure l'emploi des toniques.

Quant à la brûlure elle-même, nous avons pour la traiter deux remèdes très populaires : la vaseline et le liniment oléo-calcaire (*Carron oil*). Sous leur influence il s'établit une suppuration abondante, en même temps que la chambre du malade s'emplit d'une odeur des plus désagréables ; les pansements doivent être souvent renouvelés et la lésion est loin de guérir avec rapidité. La pommade à l'iodoforme (ʒi pour ℥i) est employée assez souvent à l'hôpital, mais s'adapte peu aux cas de pratique privée. Cependant, l'odeur du médicament ne constitue pas la seule objection que nous ayons à son emploi. Il y a aussi le danger d'empoisonnement, surtout quand la brûlure est très profonde ou très étendue. A Bellevue l'on a observé des cas d'empoisonnement produits de cette façon, sans qu'il y ait eu toutefois de résultat fatal.

On peut résumer comme suit les conditions d'un bon pansement pour les brûlures : Le pansement doit être agréable au malade, diminuer la sécrétion de la partie atteinte, ne demander à être renouvelé qu'à de longs intervalles, et favoriser la cicatrisation.

De toutes les méthodes de pansement mises en usage dans cet hôpital, les suivants ont donné les résultats les plus satisfaisants.

Dans le cas d'une brûlure au second degré, la surface brûlée est, on le sait, couverte de phlyctènes. Celles-ci sont ouvertes d'un coup de ciseaux et se vident alors d'elles-mêmes, puis on coupe soigneusement l'épidermie ainsi détaché. Il ne semble pas y avoir d'avantage à laisser cet épiderme en place après l'écoulement du sérum ; au contraire, cela retarde souvent la guérison. Ensuite on pratique sur la brûlure des irrigations au moyen de quelque solution antiseptique. On a beaucoup employé, ici, dans ce but, le bichlorure de mercure à $\frac{1}{1000}$. Dans cette proportion il est encore trop corrosif et fait beaucoup souffrir les malades. Beaucoup cependant ne s'en plaingnent pas. Appliqué à des surfaces étendues, l'acide carbolique dilué peut donner lieu à l'empoisonnement, ce qui doit être particulièrement évité dans les cas de brûlures. En outre, cet acide est irritant et donne lieu à une abondante sécrétion de serum. La solution antiseptique de Tursché, contenant cinq parties d'acide borique, une partie d'acide salicylique et cinq cents parties d'eau, est peu irritante et très efficace. C'est la meilleure solution à employer dans ces cas. On en lave et arrose la partie malade, de manière à la rendre tout à fait aseptique, puis on la saupoudre d'une couche de sous-nitrate de bismuth assez épaisse pour protéger convenablement la surface. Pardessus le bismuth on place quatre au cinq épaisseurs de gaze phéniquée, puis une épaisse couche de

coton antiseptique, le tout étant maintenu par un bandage. On examine la partie au bout d'une semaine ou deux, le plus souvent au bout d'une semaine, alors que l'on constate que la guérison est parfaite. S'il faut panser de nouveau, on observe les mêmes règles que plus haut.

Les brûlures du second degré, quand elles siégent à la face, sont traitées avec succès au moyen d'une solution saturée de bicarbonate de soude dans l'eau, dont on tient des linges constamment imbibés et appliqués continuellement. Les phlyctènes et l'épiderme soulevé par la brûlure sont traités absolument comme il est dit plus haut. Le bismuth rend encore ici de grands services.

Les brûlures du troisième et du quatrième degré exigent une autre espèce de pansement. Dans ces cas le pansement au bismuth émet une odeur très désagréable au bout de trois ou quatre jours. L'écoulement est beaucoup plus considérable que dans les autres variétés de brûlures et le sel de bismuth n'étant pas antiseptique, les liquides se putréfient si l'on n'a soin de renouveler les applications dans les deux ou trois jours. Il est vrai de dire que ces brûlures, surtout si elles sont étendues, demandent de la part du chirurgien beaucoup d'adresse et de patience. Tout ce qu'il faut, c'est les rendre aseptiques et les maintenir telles jusqu'au moment de la guérison. La solution antiseptique de Twisché est efficace et devra être employée pour les lotions et les irrigations de la partie brûlée. Celle-ci devra être promptement débarrassée de toutes particules gangrénées et mortifiées. On place alors le pansement qui doit être fait de manière à ne devoir être changé qu'au bout d'une semaine ou deux. On peut saupoudrer la plaie au moyen de l'acide borique, ou encore on peut panser à l'onguent d'acide borique (ʒi pour ℥i)étendu sur de la gaze antiseptique. Si l'on choisit la poudre, il faudra en appliquer une couche suffisamment épaisse. On recouvre l'acide de bandes de caoutchouc antiseptique, puis on complète le pansement en ajoutant de la gaze antiseptique et du coton, comme dans les brûlures du second degré. Aussitôt que les granulations sembleront avoir un caractère suffisamment bon, on songera à pratiquer la greffe. Les greffes ayant été faites, on pansera de nouveau à l'acide borique et à la gaze, comme il vient d'être dit. On peut substituer à cet acide une poudre composée de parties égales de sous-nitrate de bismuth et d'iodoforme. Sous l'influence de cette poudre, il y a peu d'écoulement et la cicatrisation est très rapide, plus rapide peut-être qu'avec toute autre application.

Dans le cas de brûlure étendue et profonde, la guérison parfaite se fait toujours attendre. Le malade garde le lit et cela suffit déjà à l'affaiblir. Il est donc nécessaire que l'écoulement soit aussi peu considérable que possible. Les pansements par occlusion décrits plus haut tendent à atteindre ce but, et grâce à eux la fatalité des cas de brûlures a été de beaucoup diminuée à Bellevue, et la guérison s'est montrée beaucoup plus tôt.—Dr J. H. WOODWARD, in *Philad. Medical and Surgical Reporter.*

Topique contre les cors.—Le traitement des cors ne doit pas être dédaigné par le praticien qui se fera souvent bien venir de sa clientèle la plus élégante par un bon conseil donné à propos.

On connait déjà l'efficacité à cet égard de l'acide acétique pur ou incorporé à de l'axonge, ou autres excipients. M. Vigier, dans la *Gazette hebdomadaire*, donne la formule d'un nouveau topique.

Il existe depuis quelque temps dans le commerce, sous les dénominations les plus fantaisistes, des médicaments contre les cors, de formules variées et dont les succès sont incontestables.

Leurs auteurs ont mis à profit les remarquables propriétés de l'acide salicylique en le fixant au moyen du collodion. Ces solutions sèchent dès qu'elles sont étalées à la surface de la peau, sur laquelle elles forment un vernis solide et n'occasionnent ni douleur, ni désagrément.

J'ai examiné ces diverses préparations secrètes, tant vantées par les annonces, et je crois que la formule que je publie aujourd'hui les résume assez bien :

Acide salicylique.....	18	grains
Extrait alcoolique de *Cannabis indica*....	9	"
Alcool à 90 degrés	18	"
Ether à 62 degrés.....	45	"
Collodion élastique.....	90	"

Faites selon l'art un mélange que vous conserverez dans un flacon bien bouché.

L'application de ce topique est très simple.

On trempe un petit pinceau, ou le bout d'une allumette dans le liquide ; on le passe à plusieurs reprises sur la partie cornée, on renouvelle cette opération tous les deux jours pendant une semaine ; quelques jours après, le cor s'enlève avec la plus grande facilité sous la pression du doigt ou à la suite d'un bain de pieds.

Comme abondance de biens ne saurait nuire, nous ajouterons un autre moyen à celui préconisé par M. Vigier. C'est l'huile phosphorée (huile bouillie) au 300e, préconisée sans nom d'auteur par le *Courrier médical.*

Chaque matin on imbibe d'huile phosphorée, au moyen d'un petit pinceau, la partie du bas qui est en contact avec le cor, et après une quinzaine de jours, il ne reste à la place qu'une pellicule mince.—*Union pharmaceutique.*

Drainage et diphtérie.—La diphtérie a fait récemment son apparition à Cantorbéry. Dans chaque cas, on a découvert que les puits étaient contaminés par le gaz des fosses d'aisance. On vit même six cas se déclarer dans une seule famille. Outre la contamination de l'eau potable, on constata que le tuyau d'égoût qui passait sous le salon était perforé, ce qui constituait une source d'infection puissante dans la pièce où la famille se réunissait le plus souvent.—*British Med. Journ.*

Traitement du goitre par l'arsenic.—Le Dr Grunmach, de Berlin, pratique des injections d'arsenic dans le parenchyme de la glande thyroïde hypertrophiée. L'injection se compose d'une partie de *Liq. Potass. Arseniat.* pour trois parties d'eau, et est faite deux ou trois fois par semaine. Dix à quinze injections suffisent (en moyenne) à réduire considérablement le volume de la tumeur et à soulager la dyspnée. Santé générale sensiblement améliorée.—*Obstetric Gazette.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Traitement de la troisième période du travail.—Le Dr Paul F. Mundé donne, dans *The Archives of Medicine*, les règles suivantes à observer durant cette période.

1° Tenez toujours la main appliquée sur le fond de l'utérus, afin d'y exercer de la compression, et cela, depuis le moment où la tête apparaît à la vulve jusqu'à celui où le placenta est expulsé.

2° Ne hâtez pas l'expulsion de l'arrière-faix mais favorisez-en le décollement entier et spontané, au moyen de frictions légères mais continues.

3° Que la main surveille toujours pour ainsi dire l'utérus en exerçant de légères frictions à divers intervalles, pendant une heure à peu près avant que vous laissiez la malade.

4° Donnez toujours de l'ergot immédiatement après la naissance de l'enfant. Si l'on s'est servi du chloroforme, ou si le travail a été particulièrement languissant, administrez l'ergot hypodermiquement, au voisinage de l'ombilic. Que la seringue hypodermique soit toujours remplie, prête à servir au premier besoin.

5° Si l'utérus semble avoir tendance à ne pas demeurer contracté, frictionnez doucement le fond de l'organe au moyen d'un morceau de glace que vous pouvez aussi laisser à demeure dans la cavité. Ceci vaut mieux actuellement que les injections d'eau chaude, à moins qu'il n'y ait une véritable hémorrhagie.

6° Assurez-vous par la palpation et la compression, que l'utérus ne contient pas de caillots, et s'il s'en forme, faites-les sortir immédiatement en comprimant doucement l'organe

7° Favorisez la contraction permanente de la matrice en faisant mettre l'enfant au sein aussitôt que possible.

8° S'il survient quelque symptôme défavorable, il est sage d'essayer de prévenir la subinvolution de l'utérus et ses conséquences, en donnant à la malade, pendant douze jours, une pilule renfermant un ou deux grains d'extrait d'ergot de Squibb, deux grains de quinine, et un tiers de grain de noix vomique, à prendre trois fois par jour.

9° Un bandage de corps, uniformément serré, doit être appliqué immédiatement après l'expulsion du placenta, y ajoutant un coussin si cela est nécessaire.

10. Examinez le col et le vagin immédiatement après la délivrance et faites usage d'injections astringentes faibles ou d'applications topiques au moyen du spéculum. (La suture immédiate ne semble pas, à l'auteur, être de mise ici.)

11° L'accouchée doit observer un repos absolu et ne pas laisser son lit avant le dixième jour.

12° Surveillez la vessie et voyez à ce qu'elle n'entrave pas les fonctions utérines.

13° Recommandez à la garde-malade de n'administrer les injections qu'avec de grandes précautions.

Dystocie ayant pour cause l'enroulement du cordon autour du cou du fœtus.—Après avoir rapporté (*Boston Medical and Surgical Journ.*) quelques cas de dystocie due à cette cause, le Dr Rachel résume ainsi le sujet en question:

Diagnostic.—La tête descend durant les douleurs pour remonter pendant les intervalles. 2° Flexion insuffisante de la tête et rotation exagérée de l'occiput. 3° Changement de position de la tête dans un espace très limité. 4° Douleur considérable au point d'implantation du placenta. 5° Ecoulement de sang après chaque douleur.

Si l'on peut éliminer la rigidité du périnée, le déplacement dorsal d'un bras et la présentation simultanée de la tête et d'un bras, le premier de ces symptômes, joint à quelques-uns ou à tous les autres, indique un raccourcissement absolu ou relatif du cordon ombilical.

Traitement.—1° Anesthésier la malade. 2° Extraire la tête au moyen du forceps, puis sectionner le cordon afin de permettre au tronc de descendre à son tour. 3° Dans les cas extrêmes, diviser le cordon dans le vagin même, puis appliquer le forceps. La section précoce du cordon peut devenir d'une urgente nécessité pour sauver la vie de l'enfant, comme dans un cas cité par Cazeaux, où la naissance du tronc n'eut lieu que deux heures après la naissance de la tête. Elle préviendra également deux accidents formidables; l'inversion de l'utérus et l'hémorrhagie.

De la dysménorrhée.—Le docteur Gallard n'admet que deux classes de dysménorrhée: 1o la dysménorrhée mécanique, trouvant sa cause dans une difficulté de l'écoulement du sang menstruel à travers les orifices du col utérin; 2o la dysménorrhée congestive ou inflammatoire, ayant son point de départ, soit dans l'utérus, soit dans l'ovaire.

Tous les faits observés peuvent rentrer dans l'une ou l'autre catégorie. Il n'y a pas lieu de décrire séparément une dysménorrhée membraneuse. Les membranes se montrent dans toutes les variétés du syndrome dysménorrhée, que celui-ci soit symptomatique d'une affection utérine ou ovarienne, et même, bien que le cas soit plus rare, d'un rétrécissement des orifices du col. Ces membranes sont assez communes. Il y a des fausses membranes composées de fibrine stratifiée, moulée sur la cavité utérine, ce qui les fait confondre avec de vraies membranes. Dans leurs lamelles, on trouve des globules qui en révèlent la véritable nature. C'est une ébauche d'organisation qui va peut-être, dans certains cas, jusqu'à la constitution d'un de ces polypes fibrineux dont la pathogénie est jusqu'ici incertaine.

Il y a de vraies membranes qui sont des caduques renfermant un produit de conception. Dans ce cas, le docteur Gallard n'admet pas la répétition régulière des accidents. De plus, ainsi que l'a fait remarquer le docteur Bernutz, dans l'avortement, le sac est arrondi et non triangulaire, et Beigel signale l'existence près d'un orifice tubaire d'une loge pour l'œuf humain: si les membranes sont expulsées par lambeaux, la macération dans l'acide picrique et le lavage dans l'eau permettent de distinguer l'aspect rameux caractéristique des villosités choriales (de Sinéty).

Le docteur Gallard considère la simple exfoliation de la muqueuse sans produit de conception comme la règle dans la dysménorrhée membraneuse. C'est l'exagération d'un phénomène physiologique. La muqueuse s'exfolie chez toutes les femmes, mais par petits lambeaux. La mue épithéliale et l'exfoliation totale sont les degrés extrêmes d'un même phénomène.

Morgagni a décrit le premier le sac triangulaire caractérisant l'expulsion de la muqueuse totale et intacte.

La crise de dysménorrhée a deux périodes séparées par un intervalle de calme relatif. La première correspond au molimen hémorrhagique. L'induration dont la muqueuse est le siège rend plus difficile la rupture des capillaires turgescents. Dès l'apparition du sang, la douleur diminue. Elle revient au moment de l'expulsion des membranes, véritable corps étranger. Telle est la règle, mais il y a bien des variétés. L'exfoliation peut se faire sans dysménorrhée, si les orifices utérins sont larges et dilatés. Lorsqu'un lambeau bouche l'orifice et empêche le sang de s'écouler, les douleurs augmentent, l'hématomètre peut se produire, et même l'hématocèle s'il y a reflux du sang par les trompes. En somme, les symptômes ne varient guère dans les diverses formes de dysménorrhée.

Traitement.—Il faut d'abord faire disparaître la douleur. L'atropine parait préférable à la morphine, mais elle est dangereuse à manier. On injectera quatre à cinq gouttes de la solution suivante, une ou deux fois par jour.

Sulfate neutre d'atropine..... .....30 centigr.
Eau distillée de laurier-cerise .....30 grammes.

M. s. a.

Les bains, les suppositoires belladonés (3 centigr. de belladone pour 4 gr. de beurre de cacao), les quarts de lavements laudanisés et autres calmants rendent aussi de bons services. Il faut y ajouter les divers bromures et le chloral. La chaleur, sous forme de tisanes stimulantes et d'applications sur l'abdomen, est très utile. Les saignées locales, sangsues sur le col ou scarifications, peuvent conjurer les accidents douloureux. Les révulsifs ne seront employés que s'il y a complication de métrite.

Si la dysménorrhée est due à un rétrécissement des orifices, la dilatation s'impose à l'esprit d'autant mieux qu'elle peut rendre possible l'imprégnation et guérir la stérilité.

Le docteur Gallard cite le fait curieux d'une femme chez laquelle la dysménorrhée était produite par la rétroflexion. Un anneau de Hodge la débarrassa de la dysménorrhée, et cette femme, stérile jusque-là, devint enceinte. On craignit sans doute que le pessaire ne provoquât une fausse couche et on l'enleva. La fausse couche eut lieu peu de temps après. La dysménorrhée et la rétroflexion se reproduisirent. On remit l'anneau de Hodge. La dysménorrhée cessa et la femme redevint enceinte. Cette fois, on n'enleva l'anneau que vers le sixième mois. L'accouchement fut heureux et se fit à terme.

Le docteur Gallard préfère la dilatation lente, au moyen de bougies, à la dilatation brusque et forcée. S'il faut avoir recours aux instruments tranchants, le bistouri vaut mieux que les instruments spéciaux de Sims et de Simpson, qui tranchent les tissus plus loin qu'il n'est nécessaire et, comme le col est entouré d'un réseau veineux serré, on s'expose à des hémorrhagies ou à des phlébites. On doit se servir d'un bistouri à lame étroite, faire des incisions dépassant à peine l'épaisseur de la muqueuse, et n'inciser l'orifice interne qu'après avoir ouvert suffisamment l'orifice externe avec les ciseaux ou le bistouri. On fera le cathétérisme pour maintenir les surfaces saignantes éloignées et empêcher l'exagération du rétrécissement par le travail de cicatrisation.

Quand la dysménorrhée échappe à tout traitement, on a la ressource extrême de l'opération de Battey. Les succès obtenus peuvent faire croire que, dans ces cas, la dysménorrhée avait sa cause dans l'ovaire; mais ils s'expliquent mieux par la disparition de la menstruation.—*Annales de gynécologie.—Union médicale.*

Rapport physiologique entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme.—Mackenzie prétend qu'il existe un rapport physiologique intime entre certaines parties de l'appareil sexuel chez la femme et les corps érectiles du nez. Il en donne les preuves suivantes :

1o Chez un certain nombre de femmes qui n'ont aucune affection du nez, on peut constater une tuméfaction des corps érectiles de cet organe pendant tout le temps de la menstruation, et cette tuméfaction disparait avec la cessation du flux menstruel ;

2o Si les menstrues s'accompagnent d'un écoulement sanguin par le nez, comme il arrive quelquefois, ce dernier cesse avec le flux utérin et cet état persiste souvent toute la vie ;

3o Il existe, comme on l'a remarqué d'ailleurs, une sympathie entre le tissu érectile de l'appareil génital et tous les autres tissus érectiles du corps ;

4o Comme conséquence des excitations génésiques, certains phénomènes se manifestent du côté du nez, tels que éternuements fréquents, etc. ;

5o D'autres fois, dans le cours d'une affection nasale, on rencontre une irritation uro-génitale concomitante ;

6o Il est un fait certain, c'est que chez un grand nombre d'animaux le besoin de la copulation est provoqué par certaines odeurs qu'exhale le corps d'un animal semblable, mais de sexe différent, et que ces odeurs agissent en excitant le sens de l'odorat ;

Il est facile de contrôler ces faits divers par les observations cliniques suivantes :

a. Chez quelques femmes qui ont une affection du nez, cette affection devient plus intense pendant la période menstruelle ;

b. Il semble que les excès vénériens ont tendance à provoquer une phlogose de la muqueuse nasale, ou tout au moins de l'augmenter quand elle existe ;

c On constate que les individus qui se livrent à la masturbation sont souvent atteints d'une affection nasale et d'une perversion du sens de l'odorat ;

d Enfin, il y a des maladies du nez qui résistent à toute thérapeutique et qui ne disparaissent qu'après une affection génitale concomitante.—*Am. Journ. of the Med. Sciences.*

De la coccygodynie.—Extraits d'une clinique de M. le professeur Goodell à l'hôpital de Pensylvanie.—Quels sont les symptômes de la coccygodynie ? Ce sont des douleurs pendant l'acte de la défécation et quand la femme s'asseoit ou se lève. En s'asseyant les femmes affectées de coccygodynie saisissent à deux mains le dos de la chaise et s'appuient sur une seule fesse afin d'éviter toute pression sur le coccyx. En se levant, elles ne le font pas d'une manière directe, car elles exerceraient ainsi une traction sur le coccyx, mais elles prennent un point

d'appui sur le dossier de la chaise et se soulèvent de la sorte. Je ne connais qu'une seule maladie, en dehors de celle-ci, qui donne lieu à ce symptôme, et cette maladie est rare : c'est la formation d'un petit abcès dans la région coccygienne, abcès dans la cavité duquel on trouve, après ouverture, un poil enroulé sur lui-même. Ceci donne parfois lieu à beaucoup de souffrance. Il est enfin une autre maladie au cours de laquelle ce symptôme peut en imposer, c'est la fissure anale.

La douleur produite lors de la défécation se montre également dans la fissure de l'anus, ainsi que dans les cas d'hémorrhoïdes enflammées ; la patiente saura constater par elle-même l'existence d'une tumeur hémorrhoïdale.

Dans la majorité des cas de coccygodynie on observe que le système nerveux est plus faible qu'à l'état normal ou même qu'il existe plus ou moins de prostration nerveuse. En d'autres cas les patientes jouissent d'ailleurs d'une bonne santé.

La cause de la maladie est une lésion quelconque du coccyx. Cet os est mobile et augmente le diamètre antéropostérieur du détroit inférieur, de quatre pouces qu'il est à l'état normal, à quatre et demi. Cet os peut s'enkyloser ou ses ligaments peuvent devenir plus courts, ce qui, soit dit en passant, constitue une objection sérieuse à ce qu'une femme âgée donne naissance à un enfant. Dans ce cas, le coccyx peut ne pouvoir pas supporter la force exercée sur lui, d'où rupture des ligaments, ou encore, dans le cas d'ankylose, fracture de l'os lui-même. Plus d'une fois, durant l'accouchement, j'ai entendu le crépitus produit par le coccyx qui se fracturait. Une autre cause de lésion du coccyx est le pas du galop, chez ceux qui ont l'habitude de monter à cheval. Dans le galop, le cheval fait faire à l'écuyer un saut après lequel celui-ci retombe sur le dos de l'animal ce qui a souvent pour effet de léser le coccyx. J'ai observé plusieurs cas de ce genre. J'ai également vu un cas très sérieux de coccygodynie chez une femme qui fit une chute sur le coccyx par le fait que son siège lui avait été enlevé au moment précis où elle allait s'asseoir. La coccygodynie pure peut être la conséquence d'une luxation, d'une fracture ou d'une névralgie.

Le traitement des lésions du coccyx survenant durant le travail se borne à faire observer un repos absolu, donner l'opium pour calmer la douleur qui, du reste, n'est pas ordinairement bien intense, et tenir les intestins au repos pendant une semaine à peu près.

Dans un cas de coccygodynie pure, le traitement doit tout d'abord avoir pour but de calmer la douleur siégeant dans les nerfs qui parfois ont été lésés. Un excellent médicament dans ces cas est l'iodoforme en suppositoire (5 grains) le soir au coucher. Il importe d'éviter autant que possible l'usage de la morphine. Si faire se peut, mieux vaut administrer le remède par le rectum. Dans le cas de fracture il vaut peut-être mieux le donner par la bouche et tenir la malade aussi tranquille que possible ; quelquefois ces seuls moyens suffisent à amener la guérison. La douleur peut en certains cas être contrôlée par l'injection de petites doses d'acide phénique autour du coccyx.

Si, enfin, le cas étant plus grave, il devient impossible de calmer la douleur par les moyens ci-haut énumérés, il deviendra nécessaire de pratiquer l'extirpation du coccyx.—*College and Clinical Record.*

PÆDIATRIE.

De la pleurésie dans les quatre ou cinq premières années de la vie.—Clinique de M. le Dr Ollivier à l'hôpital des Enfants-Malades. —Un jeune enfant, que ceux qui suivent la visite connaissent déjà, ayant été pris de fièvre avec douleur de côté à Epinay où on l'avait envoyé en convalescence d'une fièvre typhoïde, nous est revenu ce mois-ci, avec tous les symptômes d'une affection aiguë. Au moment de son entrée, nous constatâmes, outre une peau chaude et sèche et un peu de constipation, une douleur au niveau du flanc gauche, sur laquelle Beau a appelé le premier l'attention; mais l'exploration de l'abdomen ne nous révéla rien d'anormal. Celle de la poitrine, par contre, nous apprit, à la palpation, que les vibrations thoraciques étaient affaiblies, et, à la percussion, qu'il y avait de la submatité dans toute la moitié inférieure du poumon gauche. Quant à l'auscultation, un souffle doux et de l'égophonie venaient confirmer notre diagnostic, si nous avions pu, toutefois, avoir quelques doutes à ce sujet.

En présence d'une pleurésie aussi évidente sans aucun retentissement sur les organes environnants, j'administrai seulement quelques gouttes de teinture de digitale dans un julep. Sous l'influence de ce traitement, auquel je fus obligé d'ajouter des injections de pilocarpine et un vésicatoire que j'avais réservé pour des indications plus précises, nous vîmes le liquide disparaître; de sorte que nous pouvons aujourd'hui entendre la respiration, et affirmer que, si ces modifications heureuses continuent, notre enfant sera guéri dans deux ou trois jours.

Voilà un type que vous avez sous les yeux; en voici un autre, tout à fait différent, pris dans ma clientèle. Il s'agit d'un enfant né de parents tuberculeux, qui, pendant l'hiver, après s'être roulé dans la neige, fut pris de frissons, et présenta tous les symptômes d'une pleurésie aiguë que les ventouses, les diurétiques, les purgatifs, les vésicatoires et le régime lacté ne réussirent pas à enrayer. Le déplacement du cœur nécessita une ponction qui fournit une certaine quantité de liquide séreux. Malheureusement le liquide ne tarda pas à se reproduire; puis survint, en même temps qu'une fièvre vespérale et des sueurs, l'œdème des parois thoraciques. Une deuxième ponction, qui donna du pus, ayant été bientôt suivie de craquements secs au sommet gauche, puis plus tard de l'autre côté, il était évident, comme il maigrissait davantage de jour en jour, qu'il succomberait à une phthisie pulmonaire, ce qui, du reste, ne tarda pas à arriver quatre mois après le début, à la suite d'une troisième ponction.

A ce fait très curieux de pleurésie pouvant faire naître la tuberculose et au cas de guérison cité précédemment, ajoutez-en un troisième dont nous avons vu un ou deux exemples. Rien n'est moins étonnant, en effet, que de constater, un beau jour, chez un enfant malingre, une pleurésie qu'aucun signe ne pouvait vous faire soupçonner. D'autres fois, ce n'est qu'à l'autopsie même d'un enfant mort d'athrepsie que vous vous apercevez qu'il existe du liquide, qui peut même être purulent, dans la plèvre.

Voilà les trois types que vous rencontrerez, et j'en aurais fini avec

ce sujet si la pleurésie des jeunes enfants ne présentait pas certains caractères qu'il est utile de vous faire connaître. Notons, tout d'abord, qu'elle est plus souvent secondaire. A quoi tient donc cette rareté de la pleurésie primitive, surtout manifeste avant la cinquième et la sixième année ? Très probablement à ce que les enfants sont d'autant plus dorlotés qu'ils sont jeunes. Quant à la pleurésie secondaire ? Très commune, elle est sous l'influence de maladies dont nous ne voyons que trop souvent des exemples dans le service. Si la pneumonie, la tuberculose ou la gangrène du poumon peuvent lui donner naissance, ce ne sont pas les seules affections, car il n'est pas rare d'observer une pleurésie concomitante avec une péricardite ou une péritonite, ainsi qu'avec certaines pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, le rhumatisme, la septicémie. Ajoutez à cela que vous avez quelquefois, alors même que le poumon est intact, une semblable complication dans les maladies de l'encéphale ou de l'appareil digestif.

Inutile, je crois, d'insister sur des faits cliniques bien établis; aussi aborderons-nous dès maintenant les caractères anatomiques qui, s'ils ressemblent objectivement à ceux de l'adulte, en diffèrent du moins par la forme. En effet, tandis que la pleurésie séreuse est rare, la pleurésie purulente, par contre, est si fréquente qu'on a pu dire que tout épanchement chronique de la plèvre était purulent. En outre la quantité de liquide peut être beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru au premier abord, et, dans la pleurésie purulente, le poumon est beaucoup plus susceptible d'être insufflé. A ce propos, souvenez vous que M. Oulmont à montré que le poumon se couvrait d'une coque résistante qui ne lui permettait pas de reprendre sa position naturelle. Cela, toutefois, n'est pas toujours vrai, et je me rappelle, bien qu'il existât un liquide assez abondant, avoir pu insuffler, à l'autopsie, le poumon d'un jeune sous-officier mort à l'hôpital du Mans d'une pleurésie chronique que les médecins, partisans de la doctrine de Broussais, auraient peut-être pu guérir par la thoracentèse. Après être parvenu, du reste, à la suite de nombreuses recherches, à insuffler des poumons qui, au prime abord, ne le paraissaient pas, je suis autorisé à dire, aujourd'hui, que M. Oulmont est allé trop loin, car il est possible que le poumon se distende par suite de la déchirure des fausses membranes.

La symptomatologie ayant été faite avec l'histoire de nos petits malades, passons au diagnostic. Chez les enfants, l'exploration n'est pas sans difficultés, en raison de la mauvaise volonté avec laquelle ils se prêtent à nos manœuvres. S'il est très difficile de percevoir les vibrations thoraciques, il sera tout aussi malaisé d'obtenir quelques renseignements précis avec l'auscultation. Mais il est un moyen qui ne vous trompera pas, ce sera la percussion; et encore faut-il la faire très légèrement, avec la pulpe du doigt, pour être bien sûr que la présence du liquide ne vous échappera pas. Dans le cas de pleurésie aiguë, on pourrait penser, en voyant la courbe, à une congestion pulmonaire; mais comme cette affection très commune disparait en deux ou trois jours, elle ne donnera pas longtemps le change au médecin. Avec un début aussi brusque que celui de notre premier malade, on aurait pu se demander si nous n'avions pas affaire à une pneumonie fibrineuse. Un examen plus ample n'a pas tardé, toutefois, à nous faire rejeter cette hypothèse. Une pleuro-pneumonie, dans le cas actuel était-elle possible ? Oui, de par les signes locaux, mais la température

faisait défaut. Quant à la nature du liquide ? L'ensemble des symptômes nous indique de ne pas nous en préoccuper. Notre malade a, en effet, supporté gaillardement sa pleurésie, et n'a jamais eu de fièvre vespérale, de frissons et d'œdème des parois thoraciques, tous signes qui dénotent, comme nous l'avons vu chez le second, l'apparition du pus.

Comme le pronostic ressort naturellement de tout ce que je viens de vous dire, nous passerons immédiatement au traitement. Peu éclairé par l'expérience, j'ai été très sobre de médicaments, aussi me suis-je donné garde de faire appliquer des ventouses scarifiées qne je n'hésiterais pas cependant à faire poser si j'avais affaire à un enfant vigoureux ; ce qui n'était pas le cas ici, puisqu'il venait de sortir d'une fièvre typhoïde. Je me suis donc contenté du traitement médical le plus simple, et, au diurétique, la teinture de digitale, j'aurais pu ajouter la muccine si la maladie avait persisté ; mais je vous avoue que je préfère employer les injections de pilocarpine. Voyant néanmoins que malgré la digitale, malgré la pilocarpine, l'inflammation restait stationnaire, j'ai fait appliquer un vésicatoire qui a amené d'heureuses modifications. Il est bon, maintenant, de soumettre ces malades à une hygiène sévère, et de leur donner du lait. Quant aux moyens chirurgicaux ? Après avoir employé toutes les ressources dont la médecine dispose sans avoir abouti à aucun résultat, il ne faut pas alors hésiter à les employer.—*Praticien.*

Traitement de la coxalgie tuberculeuse au début, chez l'enfant.— L'idée mère de la thèse de M. le docteur Simonneaux paraît être issue du désir de recommander à l'attention des praticiens l'appareil à extension continue de son maître, M. le docteur Lannelongue.

Voici, d'après l'auteur, la description de l'appareil :

1. La *contre-extension* est faite sur le tronc de la manière suivante : une ceinture bouclée est appliquée sur le tronc de l'enfant, de façon à passer au-dessous des aisselles : de cette ceinture partent, en arrière, deux courroies solidement attachées, qui vont se fixer sur les barreaux d'un lit en fer ; ces courroies sont fixées du côté de la tête, bien entendu :

2. Un *bandage en toile* est appliqué sur le tronc par-dessus la chemise, et ce bandage est construit de telle manière qu'il fixe le tronc de l'enfant dans le sens de sa longueur, l'empêchant à la fois de glisser dans le lit du côté de la tête ou du côté des pieds.

Ce bandage est en toile ; il a de 30 à 40 centimètres de large, il porte sur son milieu une fente qui en permet l'application. Il a de 4 à 5 mètres de long, et il est placé de la manière suivante :

La partie qui correspond à la fente qui existe sur le milieu est placée verticalement sur le tronc de l'enfant, en regard du sternum ; puis un des côtés fait le tour du corps et vient s'engager dans cette fente, embrassant le corps de l'enfant, qui se trouve compris dans le bandage. Les extrémités sont ensuite dirigées de chaque côté du lit et nouées ensemble sur un des côtés.

Jusque-là, l'apareil est de contention ; mais il présente en outre quatre lacs, attachés, deux en haut et deux en bas, qui vont se fixer aux extrémités supérieure et inférieure du lit.

L'appareil étant bien appliqué sur le tronc, il en résulte que celui-ci ne peut ni monter ni descendre. Dès ce moment, on peut faire sur le

membre inférieur une extension qui offre toutes les garanties ; car le bassin est intimement fixé au tronc par les bandages précédents.

Mais, pour que cette extension soit encore meilleure, les deux membres inférieurs sont placés côte à côte dans un bandage semblable au précédent, pourvu de deux lacs seulement. Il suffit alors d'attacher un poids au membre inférieur avec une bande ou avec du diachylum.

Il est très important que l'enfant repose à plat sur un matelas dur. Généralement, en un mois d'extension, commençant par un demi kilogramme pour arriver très vite à 2 kilogrammes et au-dessus, on a dominé tous les phénomènes de contracture.

Il est à supposer que l'appareil de M. Lannelongue est meilleur que la description dont on vient de lire le texte. Tel qu'il est cependant, ce texte pourra donner une idée de la méthode et servir de thème à mettre au net pour les esprits curieux.—*Praticien.*

De l'ictère des nouveau-nés, par Hofmeier.—L'auteur n'admet pas les théories courantes au sujet de l'origine hépatogène ou hématogène de la jaunisse. Il trouve qu'elles accordent une confiance trop absolue à des vues de l'esprit non encore corroborées par des faits, et qu'elles sont partiales dans leurs examens des phénomènes individuels ou des processus locaux. Voici le résultat de ses observations personnelles appliquées à des enfants ictériques pendant les dix premiers jours de la vie.

Il y a chez les enfants une perte accentuée de poids pendant les premiers jours, avec une grande perte d'urée, des concrétions uriques et de l'albumine dans les urines.

Un phénomène qui se produit constamment, c'est l'excrétion avec l'urine d'une matière colorante jaune qui varie en quantité, suivant l'intensité de la maladie.

Toute faute commise dans l'alimentation de l'enfant est aussitôt confirmée par une spoliation albumineuse, accompagnée de perte de poids.

La spoliation albumineuse affecte l'albumine du plasma sanguin et même les globules rouges du sang ; ces derniers en proportion de la durée du processus morbide. Il y a aussi production intense de nombreux globules. Quoique la destruction des globules rouges du sang ne puisse être considérée comme une spoliation que dans le sens physiologique, l'épanchement avec l'urine de la matière colorante de la bile représente une perte véritable de l'un des plus importants facteurs de l'hématopoièse, celui de la matière colorante du sang.

A ceci vient s'ajouter le commencement des fonctions de l'intestin, considéré comme un organe de digestion, et un grand accroissement dans l'excrétion de la bile, laquelle est, dans l'espèce, fortement pigmentée.

De plus, il existe certaines conditions qui favorisent le passage de la bile dans le sang, d'où résulte finalement la décoloration de la peau, laquelle se maintient pendant quelque temps chez les enfants mal nourris et faiblement développés.

Ce processus est toujours pathologique en ce sens que la bile, par rapport au sang, est une substance étrangère, mais il a une origine physiologique, en ce qu'il résulte de causes qui agissaient physiologiquement avant la naissance. Il y a peu d'enfants, d'ailleurs, qui soient

assez fortement constitués pour suffire aux demandes de nouvelles fonctions qui sont adressées à leur organes dès les premiers jours de la naissance. S'ils n'ont point l'appoint d'une forte constitution, leur ration journalière de nourriture ne suffit pas pour les mettre à même de répondre à ces exigences.—*Rev. des malad. de l'enfance.*

Vulvite aphtheuse chez l'enfant et son traitement par l'iodoforme, d'après la thèse du Dr Sarazin (juillet 1883).

La vulvite aphtheuse, spéciale aux petites filles de deux à cinq ans est surtout fréquente dans les hôpitaux.

Elle parait avoir pour cause la rougeole dans les deux tiers des cas, et devient elle-même souvent l'origine de la gangrène de la vulve.

Son pronostic, assez grave comme on le voit, s'est sensiblement amélioré depuis qu'on la traite par l'iodoforme.

A l'aide d'un pinceau de blaireau chargé d'iodoforme, on couvre les parties, non détergées au préalable, d'une épaisse couche de cette poudre, et on les éloigne du contact au moyen d'un léger tampon de charpie.

Ce pansement est renouvelé toutes les 24 heures, jusqu'à guérison.

Cette guérison se produit rapidement dans la région vulvaire. Quant aux aphthes de la région périnéale, traités de la même façon, leur guérison, pour être moins prompte, n'en est pas moins sûre.

Le traitement général, qui doit marcher de pair avec le traitement local, contribue aussi puissamment à la guérison.—*Rev. des mal. de l'enf.*

Valeur symptomatique de quelques signes isolés dans leur diagnostic.—Politzer émet, comme étant le résultat d'une observation de plus de quarante ans de durée dans les hôpitaux d'enfants de Vienne, les propositions suivantes :

Le *cri nasal ou palatin* se rencontre souvent dans la symptomatologie de l'ozène, généralement du fait soit de la syphilis congénitale, soit de l'hypertrophie des amygdales. Si l'ozène ne relève pas d'une de ces causes, il faudra examiner avec soin les parois du pharynx, car ce cri palatin est alors souvent symptomatique d'un abcès rétropharyngien.

Les *expirations prolongées et bruyantes*, avec inspirations normale et sans signe d'asphyxie ou de dyspnée vraie, se rencontrent souvent dans la *chorea major*.

L'*inspiration sifflante* qui paraît débuter par le soulèvement de la partie supérieure du thorax, trahit un état de faiblesse et de parésie du cœur, et quelquefois un certain degré de dégénérescence graisseuse de l'organe.

L'*expiration rude et diaphragmatique* indique qu'il existe de l'asthme bronchique.

Une *pause entre la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration suivante* s'observe dans le catarrhe laryngé associé à une sténose laryngée spasmodique avec œdème sous-muqueux.

Une *respiration striduleuse continue* datant de la naissance doit être attribuée à un état vicieux de l'innervation pulmonaire par inhibition des nerfs vagues.

L'*assoupissement* chez l'enfant est souvent le premier symptôme d'une méningite basilaire.

L'*état de tension, la plénitude de la fontanelle antérieure* est également fort souvent un signe précoce de méningite basilaire. On l'observe généralement dans presque toutes les affections inflammatoires de l'encéphale, et aussi dans les états fébriles compliqués de lésions cérébrales.

La *dépression de la fontanelle antérieure*, ordinairement accompagnée de l'enfoncement du globe occulaire, trahit un état d'ischémie intra-crânienne.

Les *déplacements lents* des globes occulaires, accompagnés d'un regard fixe et hébété, doivent faire penser à la méningite basilaire.

Le *cri violent et strident*, durant deux ou trois minutes avec une expression anxieuse des traits du visage, et lancé une heure ou deux après le début du sommeil, indique que l'enfant est sujet aux terreurs nocturnes, ce qui est fréquent chez les natures nerveuses et délicates.

Un *cri périodique* se reproduisant indifféremment pendant le jour et pendant la nuit, accompagne souvent des coliques et des troubles gastro-intestinaux, la dysurie et les contractures douloureuse du col de la vessie.

Les *pleurs et les cris pendant la défécation* sont souvent le résultat de la constipation et de l'existence d'une fissure sphinctéralgique.

Des *plaintes continuelles*, douloureuses, avec agitation de la tête deçà et delà sur l'oreiller et tendance de la part du petit malade à porter ses mains sur le sommet de sa tête, doivent faire penser à l'existence possible d'une otite.

Un *enfant dont les pleurs et les cris se renouvellent depuis plusieurs semaines de suite*, surtout à l'occasion des mouvements qu'on imprime soit au buste, soit aux membres, qui a de la fièvre et des sueurs, est probablement sur le point de devenir rachitique.

L'*insomnie chez l'enfant* est souvent liée à la syphilis congénitale ou à l'athrepsie.

L'*aplatissement des narines* vers la cloison médiane, et l'absence de leurs mouvements d'élévation, de dilatation, trahit l'existence d'une hypertrophie très marquée des amygdales.

Une *répugnance évidente à se mouvoir* de la part d'un enfant peut faire présager le début ou amener à constater l'existence d'une paralysie spinale.—*Journ. of the Amer. Med. Association.*

Du pouls chez les enfants.—A l'état physiologique, le pouls de l'enfant est plus fréquent que celui de l'adulte. D'après Landois, aux âges de 1, 3, 5 et 11 ans correspondraient les fréquentes moyennes de 134, 108, 90 et 80 pulsations par minute.

Dans la fièvre typhoïde, le pouls de l'enfant peut osciller entre 88 (Roger) et 180 (Cadet de Gassicourt), aussi le Dr Pierre Parizot pense avec Parrot que l'on ne peut fixer une moyenne chez les enfants à la fréquence du pouls dans la fièvre typhoïde, d'autant plus que, là encore, cette fréquence dépend de l'âge. Ainsi Rilliet et Barthez, Cadet de Gassicourt, estiment que le pouls bat 160 à 180 fois par minute chez les plus jeunes enfants, et 100 à 140 fois chez les plus âgés. L'extrême fréquence du pouls chez un très jeune enfant n'aggrave pas sensiblement le pronostic.

Le Dr Pierre Parisot n'a pas eu l'occasion d'observer des enfants en bas âge. Ses observations ont porté sur des enfants de 10, 11, 12 et 14 ans et il n'a pas trouvé chez eux une *fréquence* de pouls différente de celle des adultes.

L'existence du *dicrotisme* a été contestée chez les enfants par plusieurs auteurs et relevée très rarement par d'autres (Vogel, Prunac, Baginski). Parrot l'a notée chez un enfant de 13 ans et chez un autre de 14, c'est-à-dire à une époque voisine de l'adolescence.

Le Dr Parisot a observé un dicrotisme bien net chez deux jeunes filles âgées de 10 ans, avec une température de 39° 7 et 39° 8. Cadet de Gassicourt affirme que le dicrotisme n'est pas rare chez les enfants. S'il est si peu relevé cela ne tiendrait-il pas aux dimensions du sphygmographe de Marey, plus convenable pour l'appliquer à un bras d'adulte qu'à un bras d'enfant.

—*Du pouls envisagé au point de vue du diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde chez l'enfant.*

Fréquence.—Dans la fièvre typhoïde de l'enfant, sauf quelques rares exceptions, le pouls est accéléré ; dans la méningite, il est mobile, passant, en l'espace de quelques minutes, de 80 à 120.

A la période d'état, tandis que dans la dothiénentérie il conserve sa fréquence, dans la méningite il se ralentit.

Au dernier stade de la maladie, il s'accélère dans la méningite, tandis qu'il diminue de fréquence dans la fièvre typhoïde à terminaison favorable.

Rhythme.—Le pouls devient *irrégulier* dans la méningite. Il est *régulier* dans la dothiénentérie, sauf dans les formes ataxique ou méningée de cette dernière. Cadet de Gassicourt a noté chez deux enfants des irrégularités de pouls à la période des oscillations descendantes.

Formes.—La forme du pouls demanderait à être étudiée à nouveau chez l'enfant avec un sphygmographe approprié pour que l'absence de dicrotisme, qui manque dans la méningite chez l'adulte, puisse être réellement constatée et prendre la même valeur diagnostique. On pourrait peut être aussi, avec un meilleur outillage, trouver chez les enfants le signe de la méningite découvert par Siredey sur des tracés de l'adulte : *de fines dentelures à l'origine de la ligne de descente qui disparaissent à l'union du premier avec le second tiers de cette ligne.—Revue des maladies de l'enfance.*

Aphrodisiaque.—Le Dr Ellerslie Wallace, de Philadelphie, considère la noix vomique comme étant le tonique par excellence des organes génitaux. Il prescrit le médicament sous forme d'extrait qu'il administre à dose de un demi-grain à un grain trois fois par jour, après les repas.

Le Dr W. B. Atkinson, de Philadelphie, recommande la préparation suivante dans les cas d'anémie et de débilité chez les enfants avec tendance aux terreurs nocturnes : ℞ Pot. bromid. gr. L, Ac. phosphoric dil., Tr. ferri perchlorid. ãã ʒii, Syr. limon, Aquæ, ãã ℥iss.—M.

Dose :—Une cuillerée à thé toutes les 4 heures pour un enfant de trois à cinq ans.—*Archives of Pediatrics.*

FORMULAIRE.

Asthme.—*Dr Richardson.*

℞.—Amyli nitrit..... m xxxvi
Spirit vini..... ʒvi
Glycerini..... ℥i ss

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé dans un verre à vin d'eau chaude.

Goutte.—*Mortimer-Granville.*

℞.—Ammon. chlorid..... ʒiv
Pot. chlorat..... ʒii
Glycerini..... ʒxii
Tinct. iodin..... ʒii
Aquæ ad..... ℥xii

M.—*Dose :* Deux cuillerées à soupe, de quatre à huit fois par jour.—*Philad. Medical Times.*

Syphilis secondaire.—*Duhring.*

℞.—Hydrarg. biniodid..... gr iss
Pot. iodid..... ʒiii
Syr. sarzæ co..... ℥iv

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé, dans un peu d'eau, trois fois par jour.—*Medical News.*

Anémie essentielle.—*DaCosta.*

℞.—Ferri. sulph..... } ãã
Pot. carb..... } ʒi

M.—Faites 40 pilules.—*Dose :* Une après chaque repas pendant la première semaine. Augmenter d'une pilule par dose pendant la semaine suivante.—*College and Clinical Record.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—*Bartholow.*

℞.—Acid. gallici..... ʒss
Extr. belladonnæ..... gr. ii

M.—Faites 20 pilules.—*Dose :* deux au coucher.—*College and Clinical Record.*

Alcoolisme.

℞.—Tr. capsici..... ʒiii
Spt. amm. arom..... ʒ iii
Tr calumbæ..... ℥i
Tr. cardam co..... ʒvi
Aq. ad..... ℥viii

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe dans autant d'eau, toutes les heures, ou encore quand se manifeste la soif de l'alcool.—*Druggists' Circular.*

Chancroide.—*S. W. Gross.*

℞.—Acid. tannic..... gr. ii
Ung. hydrarg. nitr..... ʒi
Adipis benzoat. ad..... ℥i

M.—Usage local.—*College and Clinical Record.*

Fièvre traumatique.—*Jefferson Med. College Hospital.*

℞.—Liq. ammon. acet.....
Liq. pot. citrat..... } ãã ℥i
Spt. æth. nitr.....
Liq. morph. sulph..... } ãã ℥ss

M.—*Dose:* Une cuillerée à dessert trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Ecthyma.—*Besnier.*

℞.—Acide phénique..... 2 parties
Vaseline.....
Amidon..... } ãã 100 parties

M.—Faites une pommade avec laquelle on pratiquera des onctions sur tout le corps pour combattre l'ecthyma occasionné par la présence de parasites. Pour se débarrasser de ces derniers, passer les vêtements au four et faire prendre au malade un bain savonneux.—*Union médicale.*

Sirop de Easton.

℞.—Sulfate de fer..... 5 drachmes
Phosphate de soude..... 1 once av.
Sulfate de quinine..... 192 grains
Strychnine..... 6 grains
Acide phosphorique dilué (10 p. 100)..... 14 onces tr.
Sucre blanc..... 14 " "
Solution d'ammoniaque.....
Acide sulfurique..... } ãã q. s.

M.—*Dose:* Une drachme.—*Druggists' Circular.*

Sirop de phosphates composé.—(*Modification de la formule de Parrish.*)

℞.—Phosphate de fer (U. S.)..... 256 grains.
Carbonate de calcium précip..... 500 "
Carbonate de potasse..... 64 "
Carbonate de soude..... 40 "
Acide citrique..... 2 onces
Glycérine..... 2 "
Acide phosphorique (U. S. 1880)..... 4 "
Eau de fleurs d'oranger..... 6 drachmes
Teinture de cochenille..... 2 "
Eau..... 1½ once
Sirop simple q. s. pour faire..... 12 onces

M.—*Dose:* Une drachme.—*Druggists' Circular.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, FÉVRIER 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

AVIS DE L'ADMINISTRATION.

Plusieurs de nos abonnés retardataires font la sourde oreille à nos réclamations réitérées. Nous avons résolu de supprimer les abonnés qui ne paient pas et même ceux qui paient à longue échéance, sans pour cela renoncer à nos droits acquis. Avis aux intéressés ; tel qui est sourd et insensible à nos humbles et gracieuses demandes devient loquace et hypéresthésié en diable quand, de guerre lasse, nous passons les armes à notre avocat.

Phthisiologie.

A la suite d'un rapport présenté à la *Société médicale des hôpitaux* de Paris, par une commission composée de M.M. Villemin, Millard, Constantin, Paul, Grancher, Debove et Vallin, rapporteur, la même commission à été chargée d'instituer une enquête auprès de tous les médecins de France sur la transmissibilité de la tuberculose par les malades atteints de phthisie.

A une époque où la théorie microbienne de la tuberculose compte de si chauds partisans en même temps que des adversaires si convaincus, il n'y a pas de doute que les travaux de la commission seront suivis avec un vif intérêt.

Jusqu'à ces dernières années, l'hérédité a été presque universellement

considérée comme le grand facteur de la phthisie tuberculeuse. L'on a dit que dans chaque cas de tuberculose l'on pourrait, pour peu qu'on s'en donnât la peine, retrouver des traces de tuberculisation dans la famille du malade. L'expérience a tellement confirmé cette proposition que l'on ne saurait s'étonner de voir la théorie du contage reçue avec méfiance par un grand nombre. Il est vrai de dire aussi que le vice tuberculeux est aujourd'hui tellement répandu qu'il a envahi la plupart des familles, et que le premier individu venu, fut-il aussi sain que possible, n'aurait qu'à chercher dans l'histoire de ses ascendants ou de ses collatéraux pour retrouver des sujets tuberculeux, d'où il suivrait que tous nous serions plus ou moins prédisposés à la maladie.

Quoiqu'il en soit, la théorie qui veut que la tuberculose se transmette par voie de contagion a des faits qui parlent haut pour elle, et il est temps que le jour se fasse un peu plus clair sur une question aussi controversée. La commission instituée au sein de la *Société médicale des hôpitaux* travaillera en conscience, nous n'en doutons pas, et il serait à souhaiter qu'en tous pays où il y a des médecins. Les résultats de cette enquête universelle seraient des plus intéressants, et auraient en outre une portée pratique dont lerésultat le plus tangible serait une réforme absolue dans la thérapeutique de la phthisie.

Encore les charlatans.

Un de nos abonnés nous a fait tenir, il y a quelque temps, une circulaire émanée de l'officine du sieur Racicot, *inventeur, propriétaire et manufacturier de remèdes patentés*, à Montréal. Comme on le peut penser la circulaire n'est rien autre chose qu'une réclame effrontée vantant les propriétés omnicures des "gouttes royales", du "destructeur du choléra", de "l'huile anti-vénérienne", de "l'onguent mystérieux" et autres produits analogues préparés par M. Racicot, et *patentés*, s'il vous plait.

En nous faisant parvenir cette pièce, notre correspondant demande ce que fait le Bureau provincial de médecine, et quelle protection il entend accorder aux médecins. "Voilà, dit-il, un charlatan qui s'affiche au grand jour par des milliers d'avis réclames distribués aux portes des églises, et qui est même assez audacieux que d'oser en transmettre à des médecins ; et si on demande protection, on nous répond invariablement : "Donnez des preuves." Mais je n'en connais pas de plus convaincante que l'échantillon que je vous envoie. S'il y a une loi contre le charlatanisme, pourquoi ne pas la mettre à exécution ? Si elle est défectueuse, est-ce que le Bureau ne peut pas y remédier ?"

Nous répondrons à notre *abonné* en lui faisant observer que, telle qu'elle est actuellement, la loi qui régit le Collége des médecins ne peut pas atteindre tous les charlatans.

Que le premier Racicot venu prenne, sans en avoir le droit, le titre de Docteur et exerce son art pour de l'argent, immédiatement il tombe sous le coup de la loi, et, si les preuves sont suffisantes, il est condamné pour exercice illégal de la médecine ou de la chirurgie. Le fait de s'arroger un titre qui ne lui appartient pas et de prélever des hono-

raires de ses clients constitue le délit qui rend le charlatan justiciable de la loi. Celle-ci ne va malheureusement pas au delà, de sorte que tant que le Racicot exercera son industrie dans les conditions actuelles, il ne saurait être inquiété. Il n'est qu'un *inventeur, propriétaire et manufacturier de remèdes patentés* qu'il vend à tout venant aussi cher que possible, ne demandant absolument rien pour les consultations, avis, etc, qu'il donne en même temps. Ce n'est plus un médecin, c'est un vendeur de racines. Or, il parait que peut vendre des racines qui veut. Dans ce second rôle, c'est donc peut-être moins avec le pharmacien qu'avec le médecin que notre charlatan serait en lutte. Et pourtant, il n'en est pas moins vrai qu'il exerce illégalement la médecine, tout comme l'exerce illégalement le pharmacien qui se permet de donner une consultation au comptoir et de vendre sa marchandise, ne faisant payer que celle-ci.

Il est certain qu'il y a dans notre loi une évidente anomalie qu'il importe de faire disparaître, et voici comment. Le Bureau devrait, s'il a quelque souci des intérêts professionnels, faire amender l'Acte médical de façon à ce que personne, homme où femme, ne puisse exercer la médecine ou la chirurgie, donner des consultations, avis, etc; prescrire ou faire des visites professionnelles (avec ou sans salaire), sans s'être au préalable muni de la licence du Collége, tout délinquant ou délinquante devant être passible de l'amende ou de la prison. En outre, l'Association Pharmaceutique devrait obtenir la passation d'un acte par lequel les pharmaciens licenciés, *seuls*, auraient le droit de vendre des médicaments, drogues, etc, patentés ou non, sous quelque forme et dénomination que ce soit. De la sorte il ne resterait plus au charlatan une seule porte de sortie. S'il prend le titre de docteur, s'il se mêle de donner des avis médicaux, que ces avis soient ou non rétribués, le Collége des médecins en fera son affaire. S'il veut se contenter de vendre des racines, l'Association Pharmaceutique lui tombera dessus.

Voilà, pour nous, l'idéal. De là à la pratique, il y a plus d'un pas. Ainsi, nos législateurs ne sont malheureusement pas tous également bien disposés à l'égard de la profession médicale, et nous en avons déjà eu des preuves. Il en est qui, pour s'assurer un peu de popularité et se conserver les bonnes grâces de leurs électeurs ruraux, ne se gênent pas de protéger plus ou moins ouvertement les charlatans-rebouteurs et qui, dans les discussions des comités de la Chambre, ont déjà fait subir à notre acte médical des assauts dont il s'est mal relevé. Le Bureau des Gouverneurs fait à peu près tout ce qu'il peut, et nous ne pouvons le tenir responsable des absurdités et contradictions qui pullulent dans l'Acte en question.

Pour ce qui est de l'Association Pharmaceutique, elle n'a pas non plus chance d'obtenir grand'chose dans le sens indiqué plus haut. S'il fallait réserver aux seuls pharmaciens le droit exclusif de vendre des médicaments, patentés ou non, il faudrait ainsi empêcher nos marchands de campagne de vendre du séné, du sulfate de magnésie, de l'huile de ricin, etc., comme cela se pratique surtout dans les localités où il n'y a pas de médecin. Or cela n'est guère possible. La vente des remèdes patentés par les épiciers et les pharmaciens de détail nous fait bien autrement tort que celle des racines et des *simples* en général, mais ce ne sont pas les pharmaciens en gros qui iront s'en plain-

et J. I. Desroches; Trésorier, J. Z. Resther, Ecr, (réélu); Régie: MM. C. A. Pfister, H. R. Gray, L. H. Archambault, et les Drs A. A. Foucher, L. J. V. Cléroux et J. M. Beausoleil.

Hopital Notre-Dame.—Terme de Paques.—M. le Dr Brosseau a repris le cours de ses conférences cliniques (chirurgicales) à cet hôpital et les continuera tous les mardis, jeudis et samedis, à 11 heures a. m. M. le Dr Laramée donne la clinique médicale les lundis, mercredis et vendredis, à 11 heures a. m. M. le professeur Foucher donne une clinique opthalmologique tous les jours à 10 heures a. m. Cette clinique est obligatoire le mardi, le jeudi et le samedi, et facultative le lundi, le mercredi et le vendredi.

Constitution médicale du carnaval.—Quelques jours avant l'ouverture de nos fêtes d'hiver, une dame du demi-monde, propriétaire d'une maison de tolérance, a loué à une *collègue* la susdite maison, au prix de *mille dollars*, pour la seule semaine du carnaval. Nos confrères de la ville et de la campagne peuvent s'attendre, d'ici à quelque temps, à une affluence inusitée de malades ayant reçu quelque mignon coup de pied de Vénus!

NAISSANCE.

—Lamarche.—A Montréal, le 10 Janvier, la dame du Dr. A. Lamarche, une fille

—Labrecque.—A la Malbaie, le 21 janvier, la dame du Dr Labrecque, un fils.

MARIAGE.

—Baribeault-Barnaud.—A Spencer, Mass. (E.-U.), le 18 janvier, M. le Dr W. A. Baribeault, de Turner's Falls, Mass., à Mlle Aline-Maria-Eugénie Barnaud, sœur de M. le Dr Barnaud, de Spencer.

—Moreau-Couture.—A St-Thomas de Montmagny, le 21 janvier, Michel Moreau, Ecr., M.D., de Ste-Marguerite de Dorchester, à Mlle Aurélie Couture.

DÉCÈS.

—Desjardins.—A Montréal, le 21 janvier, Dame Eliza Desjardins, épouse du Dr J. A. Desjardins.

—D'Avignon.—A Longueuil, le 24 janvier, à l'âge de 70 ans, Dame Euphémie-Cordélie Soupras, veuve de feu le Dr d'Avignon, ex-député du comté de Rouville.

—Esnouf.—A St-Charles de Bellechasse, le 25 janvier, à l'âge de 36 ans, Cyrille Esnouf, Ecr, M. D.

—Lamarche.—A Montréal, le 25 Janvier, Rénée-Marguerite, enfant du Dr. A. Lamarche.

—Turgeon.—A Montréal, le 7 Février, à l'âge de 48 ans, Ls. G. Turgeon, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

Goitre exophthalmique.

(Leçon recueillie par M. G. SMITH, M.B., interne du service.)

Vous avez remarqué la malade qui occupe le n° 49 de la salle Ste-Marie et qui est entrée à l'hôpital le 20 novembre dernier. Sa physionomie offre quelque chose d'étrange, ses yeux sont saillants, son teint est pâle; elle se plaint de palpitations continuelles, de gêne de la respiration, d'insomnie, de dyspepsie. Vous avez constaté une hypertrophie de la glande thyroïde, surtout du côté droit, et des battements de cette même glande. Cette femme, âgée de 54 ans, est anémiée et très impressionnable, et nous dit qu'elle a cessé d'être menstruée à l'âge de 38 ans et qu'elle a essuyé beaucoup de chagrins domestiques pendant des années. En effet, le tempérament nerveux, l'anémie et les troubles menstruels prédisposent spécialement au goître exophthalmique; cependant, l'influence de l'anémie et des troubles menstruels joue un rôle inférieur à celui du tempérament nerveux, vu que la maladie a déjà été observée sans anémie et sans troubles menstruels, mais jamais sans avoir été précédée d'émotions morales, de chagrins. On dit que le traumatisme céphalique peut déterminer cette maladie.

Le goître exophthalmique, désigné encore sous le nom de *cachexie exophthalmique*, *maladie de Graves*, *maladie de Basedow*, etc., appartient presque exclusivement à la femme, entre 20 et 40 ans. C'est à la suite de ses chagrins domestiques que notre malade, il y a plusieurs années, a été saisie presque subitement de palpitations cardiaques continuelles, mais exagérées par les fatigues, les émotions de tout genre; plus tard la glande thyroïde s'est hypertrophiée avec accompagnement de battements artériels très marqués, surtout pendant les accès. Les artères thyroïdiennes, les carotides et leurs ramifications, en d'autres termes les artères du cou et de la tête sont le siège d'une hypertrophie notable. Les veines y subissent souvent le même changement. C'est surtout au niveau de la tumeur thyroïdienne que l'on entend les bruits de souffle et que l'on perçoit des mouvements d'expansion, mais, chose remarquable, la violence des battements des carotides et des artères thyroïdiennes ne se retrouve pas au pouls radial. Pour revenir à notre patiente, ce n'est que quelques années plus tard que ses yeux sont devenus saillants au point que les paupières peuvent à peine les recouvrir. Vous voyez que cette malade présente le type classique du goître exophthalmique. De fait, dans cette névrose, ce sont les palpitations qui ouvrent la scène, l'intumescence thyroïdienne vient ensuite et l'exophthalmie, plus tardive, ne se présente que longtemps après les deux premiers phénomènes, et elle peut même faire complètement

défaut, tandis que les palpitations et l'hypertrophie du corps thyroïde ainsi que les dilatations artérielles sont des symptômes constants. Ordinairement, l'exophthalmie affecte les deux yeux à la fois, mais il y en a un qui prédomine. Le pouls bat toujours au-dessus de 100, généralement entre 120, 150 et plus. Chez cette femme, le cœur bat entre 130 et 140 durant les accès. L'auscultation n'a pas révélé de lésions valvulaires appréciables, mais on entend bien des souffles systoliques au premier temps, à la base du cœur, dûs à l'anémie ; cependant il ne faut pas perdre de vue la co-existence possible d'une lésion valvulaire avec la cachexie exophthalmique.

Cette maladie change le caractère de ceux qui en sont victimes au point de les rendre irascibles et quelquefois intolérables. Rappelez-vous les expressions de mécontentement, de colère même, de notre patiente, chaque fois que vous entouriez son lit ; cependant ces malades reconnaissent la mobilité de leur humeur et il arrive souvent que le dépit qu'ils éprouvent de ces bizarreries de caractère augmente ou réveille une attaque de palpitations avec les autres symptômes ; c'est précisément ce qui est arrivé plus d'une fois à cette femme, si bien, que nous avons cru devoir lui rendre visite *privatim*. Le goître n'atteint pas les dimensions du bronchocèle ordinaire, la tumeur n'est ni bosselée, ni multilobée, mais d'une consistance demi-molle, élastique, et affecte ordinairement la totalité de la glande, toutefois le côté droit est plus souvent affecté que le gauche. Cette hypertrophie suit une marche progressive et finit presque toujours par entraîner des modifications de la voix, dues probablement à la compression des nerfs laryngés, c'est ce qui explique pourquoi cette femme avait la voix rauque, mais parfois, il faut l'avouer, elle avait une voix de *clarinette* que vous n'oublierez pas. Cette compression sur les nerfs laryngés contribue aussi, pour une bonne part, à déterminer la gêne de la respiration.

J'allais oublier les troubles digestifs dont notre malade était incommodée ; ainsi tantôt elle n'avait pas d'appétit du tout, tantôt cette anorexie était remplacée par de la boulimie, des vomissements, de la diarrhée, et cependant, contre la règle, cette femme offrait peu d'amaigrissement. Durant les accès, l'analyse des urines a révélé des traces d'albumine, et cette albuminurie intermittente apparaît souvent dès le début de la maladie.

Le goître exophthalmique est ordinairement accompagné de menstruation irrégulière ou de suppression. La femme qui fait le sujet de cette leçon a été incommodée par de l'aménorrhée vers l'âge de 38 ans et n'a plus revu ses règles. Le rétablissement des fonctions menstruelles est de bon augure, mais les cas de guérison connus ont été observés chez des jeunes sujets ou des sujets souffrant, depuis peu, de cette maladie.

L'on peut dire que la guérison complète est très rare ; il se produit bien quelqu'amélioration du côté de la circulation, c'est-à-dire du côté des symptômes cardiaques, mais l'exophthalmie et le goître persistent indéfiniment après avoir subi plus ou moins de modification. La guérison a une tendance marquée aux récidives et, comme nous venons de le dire, est rare. La mort arrive soit par épuisement ou par des hémorrhagies cérébrale, pulmonaire, intestinale, soit par asphyxie, par pneumonie, aliénation mentale, par le développement d'une endo-

cardite qui peut conduire aux lésions valvulaires, etc. Mais n'oubliez pas que c'est une maladie essentiellement chronique, et qu'elle permet aux malades qui en sont atteints de vivre bien des années, du moins dans la généralité des cas.

Nous avons soumis notre malade au traitement ferrugineux et antispasmodique, tels que le sirop d'iodure de fer, le citrate de fer et de quinine, le bromure de potassium, plus tard la solution de Lugol. Nous avons insisté sur une bonne hygiène, un repos complet, alimentation lactée, bouillons, abstention du café, du thé et de tout stimulant, etc., et sous l'influence de cette médication, la malade a paru prendre du mieux ; les symptômes cardiaques se sont améliorés, mais le goître et l'exophthalmie n'ont pas présenté d'amendement notable. On vante beaucoup l'hydrothérapie et l'application de courants continus, et à la première occasion, je m'empresserai de recourir à ces derniers moyens

---

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE.

HOPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—**M. FOUCHER.**

Indications cliniques fournies par la pupille.

Messieurs,

Les nombreux changements qui surviennent dans la pupille, au cours de différentes affections oculaires ou autres, feront aujourd'hui le sujet de notre clinique. Nous avons pensé qu'il y avait dans cette question une foule de renseignements utiles pour vous aider plus tard à diagnostiquer les maladies. La pupille, en effet, est une des sources les plus fécondes où l'on puisse trouver des éléments de diagnostic et des indications thérapeutiques. C'est un manomètre excessivement sensible qui est influencé par une foule de maladies et par toutes les médications vraiment actives que l'on emploie journellement. Elle indique la phase, le siège et la nature de plusieurs maladies, ainsi que l'action d'une foule de médicaments. Est-elle contractée, dilatée, obstruée, changée de place, de forme ou de couleur, il en résulte différentes indications de la plus haute importance pratique. Nous allons esquisser brièvement ce qui a trait aux changements de nombre, de situation, de forme et de couleur de la pupille, pour nous arrêter surtout à l'étude des changements de dimensions, des phénomènes de dilatation et de contraction pupillaire.

Changements de nombre.—On a donné le nom de pupille à un espace circulaire unique, situé au centre de l'iris et destiné à laisser entrer les rayons lumineux dans l'intérieur de l'œil. Sous l'influence de causes inconnues, cet orifice peut faire défaut au moment de la naissance, soit par imperforation de l'iris, soit par persistance de la membrane pupillaire. Ce sont des anomalies heureusement peu fréquentes. On rencontre plus souvent plusieurs pupilles sur le même iris. Ce défaut peut exister au moment de la naissance, mais il résulte presque toujours d'un traumatisme qui a déterminé une solution de continuité dans l'iris.

Changements de situation. — A l'état physiologique, la pupille est légèrement dirigée en haut et en dedans, au moins dans la moitié des cas. Il faut un examen assez attentif pour le constater ; il n'en est pas ainsi des déplacements pathologiques.

La pupille devient visiblement excentrique dans les cas de correctopie congénitale ou dans les adhérences pupillaires survenues à la suite de perforation périphérique de la cornée avec hernie de l'iris. La pupille peut être déplacée aussi en avant ou en arrière. A l'état normal, la distance qui sépare la cornée de l'iris est de deux millimètres, s'il survient un glaucôme, une cataracte molle, une luxation en avant du cristallin, une tumeur intra-oculaire, la chambre antérieure se trouve rétrécie et la pupille est portée en avant. L'iris est déplacé en arrière lorsque le cristallin s'atrophie et que le corps vitré se ramollit, lorsque la chambre antérieure augmente de dimension ; c'est ce que l'on remarque au cours de l'iritis séreuse et dans quelques cas de luxation du cristallin.

Changements de forme.—A l'état normal, la pupille est régulièrement ronde. Quelques auteurs citent de légères différences dans certains de ses axes. Les déformations pupillaires sont congénitales, spontanées ou traumatiques. Congénitales elles portent le nom de coloboma et sont caractérisées par l'absence complète d'une portion de l'iris ; elles siègent le plus souvent sur le milieu du bord inférieur de l'iris. Il n'est pas rare de rencontrer en même temps d'autres malformations telles que coloboma de la choroïde, cataracte, microphtalmie, bec-de-lièvre ou épispadias.

Les déformations traumatiques et spontanées n'offrent aucune régularité. Elles résultent d'adhérences de l'iris et de tiraillements de la pupille, et surviennent à la suite de traumatismes du globe oculaire ou d'iritis.

Changements de couleur.—Le champ pupillaire n'offre pas la même coloration chez tous les individus. Tandis qu'il est d'un noir intense chez les enfants, il devient grisâtre, jaunâtre et verdâtre chez les personnes âgées. Avant la découverte de l'ophtalmoscope, on a beaucoup discuté pour expliquer pourquoi la pupille est noire. Aujourd'hui on sait que ce phénomène se produit parce que la lumière qui pénètre dans l'œil est en grande partie absorbée par la choroïde, et que le peu qui est réfléchi en dehors de l'œil retourne au foyer lumineux. Cependant, la lumière réfléchie du fond de l'œil, tout en retournant à son foyer, peut pénétrer dans l'œil d'un observateur, pourvu que ce dernier ne s'interpose pas entre le foyer et l'œil examiné. C'est ce qui arrive lorsqu'on éclaire la pupille avec l'ophtalmoscope, c'est encore ce qui se produit, sans le secours de cet instrument, lorsque l'œil examiné émet des rayons divergents ou convergents et que l'observateur se trouve placé de telle sorte que son œil puisse être impressionné par quelques-uns des rayons qui passent à côté du foyer. C'est pour cette raison que l'on voit la pupille rouge chez plusieurs animaux ; la plupart, en effet, sont hypermétropes. On peut expliquer de la même manière la pupille rouge des albinos, la pupille jaune doré dans les cas de gliome de la rétine, etc.

La pupille peut être d'un noir très intense et cependant ne pas laisser pénétrer les rayons lumineux dans l'œil, ceci a lieu dans la cataracte noire, dans certains troubles du corps vitré, lorsque le cristallin

manque, ou encore lorsque le champ pupillaire est occupé par des dépôts pigmentaires. La pupille parait plus noire lorsqu'elle est très dilatée; c'est l'apparence qu'elle offre au cours des maladies déprimantes, en général; elle devient terne, le regard est sans vie, sans expression dans la mélancolie et la stupeur.

C'est probablement l'influence qu'exerce la pupille sur l'expression de la figure qui a fait dire avec raison que l'œil est le miroir de l'âme.

Les autres colorations les plus fréquentes fournies par la pupille dans certains états pathologiques sont la teinte verte dans le glaucome, la teinte jaune lorsqu'il y a du pus dans le fond de l'œil ou un décollement de la rétine, la teinte blanche dans les taies centrales de la cornée, dans certaines cataractes, surtout les cataractes molles.

Changements de dimensions.—Nous abordons maintenant l'étude des mouvements pupillaires, des mouvements de dilatation et de contraction de l'iris, de la *mydriase* et du *myosis*. Il y a, dans cette question, de précieux renseignements à noter ainsi que des faits intéressants et de la plus haute portée pratique. Un grand nombre de travaux importants ont été publiés au sujet de ces phénomènes pupillaires, tant au point de vue anatomo-physiologique que pathologique; nous allons analyser les principaux. La plupart sont noyés en quelque sorte dans un déluge d'observations cliniques et physiologiques, nous allons les débrouiller le plus possible et vous les présenter dans ce qu'ils ont d'essentiel, sous une forme concise et facilement compréhensible.

A l'état normal le diamètre pupillaire varie de 2 à 5 millimètres; la pupille est donc anormalement contractée lorsqu'elle offre un diamètre moindre de 2 millimètres, et anormalement dilatée lorsque son diamètre dépasse 5 millimètres. Toutes choses égales d'ailleurs, la pupille est plus grande chez l'enfant que chez l'adulte et le vieillard, plus dilatée chez la femme que chez l'homme, chez l'individu nerveux que chez le sujet sanguin. La pupille est dilatée le soir, contractée le matin, et en général à la lumière vive; elle est plus dilatée chez le myope que chez l'hypermétrope. A chaque instant, des variations d'intensité lumineuse modifient l'état de l'orifice pupillaire et lui font éprouver des contractions ou des dilatations.

Comment s'opèrent ces changements brusques et continuellement répétés? On a voulu les expliquer par la théorie vasculaire, par l'état de vacuité ou de turgescence des vaisseaux iridiens, la dilatation correspondant à l'anémie de l'iris et la contraction à la turgescence de cette membrane. Une deuxième théorie attribue les mouvements de l'iris à la contraction de fibres musculaires; mais les uns n'admettent que des fibres radiées, les autres que des fibres circulaires. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui deux ordres de fibres musculaires dans l'iris; des fibres dilatatrices ou radiées, innervées par le sympathique; des fibres constrictrices ou circulaires, innervées par la 3me paire.

Il parait démontré, au dela de tout doute, que l'iris peut se dilater sous l'influence de l'anémie de cette membrane ou de la contraction des fibres radiées et que le myosis peut résulter d'une congestion simple de l'iris ou d'une contraction de son sphincter.

Nous avons dit que les dimensions normales de la pupille sont de 2 à 5 millimètres; la mensuration exacte de son diamètre ne peut être faite qu'à l'aide d'instruments (pupillomètres). Il y en a un grand nom-

bre, plus ou moins exacts et compliqués ; parmi les meilleurs, celui de Landolt nous paraît le préférable. On peut cependant se dispenser de ces pupillomètres et mesurer d'une façon assez exacte le diamètre de l'orifice iridien en comparant la pupille observée avec une série de pupilles graduées de 1 a 10 millimètres, comme celles-ci, tracées sur un carton blanc.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Quelles sont les causes qui déterminent la mydriase ? On peut les classer sous plusieurs chefs : 1° *La pupille est dilatée par défaut de stimulation des centres nerveux par la lumière ;* 2° *par paralysie du sphincter de l'iris ;* 3° *par excitation du sympathique ;* 4° *par anémie des vaisseaux iridiens.* Dans un œil qui fonctionne régulièrement, la lumière a pour effet de faire contracter la pupille, mais dans un œil dont l'appareil nerveux spécial (rétine et nerf optique) fait défaut, ce réflexe pupillaire ne se produit pas ou se produit incomplètement, la pupille se dilate au lieu de se contracter, ou plutôt elle reste au repos à l'état de dilatation. Ceci a lieu dans un œil examiné isolément, il se produit aussi dans les deux yeux à la fois lorsque l'amaurose est double.

Si un seul œil est atteint d'amaurose, on pourra provoquer la contraction de la pupille de cet œil en présentant une lumière vive devant l'œil sain. Il est donc nécessaire, lorsqu'on veut utiliser le phénomène pupillaire pour découvrir une amaurose simulée d'un seul œil, de fermer l'œil sain. On peut en quelque sorte doser le degré d'affaiblissement visuel par le degré de réaction que déterminent sur la pupille des intensités différentes de la lumière. Les centres nerveux peuvent être intacts et cependant l'iris rester indifférente à l'action de la lumière ; ceci a lieu lorsque la lumière ne peut pas pénétrer jusqu'à la rétine. On conçoit en effet qu'une tumeur intra-oculaire, un épanchement de sang dans le corps vitré, les leucomes, les opacités du cristallin interceptent suffisamment la lumière incidente pour empêcher le réflexe rétino-pupillaire de se produire. S'il survenait quelque doute au sujet de la cause de ce phénomène, l'ophtalmoscope pourrait les faire disparaître et l'on aurait, au besoin, les indications fournies par la recherche des phosphènes.

En présence d'une mydriase on doit immédiatement se demander si elle est causée par une amaurose, qu'elle dépende d'une lésion nerveuse (rétinite, névrite) ou d'un obstacle à la pénétration des rayons lumineux dans l'œil. Lorsque la mydriase résulte d'une paralysie du sphincter iridien, elle dépend d'une paralysie des nerfs ciliaires ou le plus souvent du tronc même de la 3me paire. Dans ce cas on remarque en même temps une paralysie de l'accommodation, un strabisme externe, de la diplopie croisée et un ptosis. Lorsque les nerfs ciliaires seuls sont atteints et d'une façon incomplète, il en résulte une dilatation irrégulière de la pupille et un défaut d'accommodation partiel. La raison de ce phénomène réside dans ce fait que le sphincter iridien et le muscle ciliaire sont sous la dépendance du même nerf.

Nous avons dit que la pupille d'un œil amaurotique, dilatée par

défaut d'excitation nerveuse rétinienne au moyen de la lumière était susceptible cependant de se contracter lorsque l'œil congénère sain est soumis à l'action de la lumière ; il n'en est pas ainsi lorsque la mydriase est de cause paralytique ; la pupille, dans ce cas, reste immobile.

Les troubles visuels occasionnés par la mydriase sont nuls lorsqu'elle est de cause passive, ils sont très marqués au contraire lorsqu'elle dépend d'une paralysie du sphincter. L'accommodation étant intéressée dans la lésion, il en résulte une difficulté et même une impossibilité pour lire et pour distinguer nettement des détails de près, chez les myopes et les emmétropes ; ce défaut est encore plus marqué chez les hypermétropes qui ont besoin de leur accommodation pour voir distinctement de près et à une distance éloignée. La pénétration d'une grande quantité de lumière dans l'œil, causant l'éblouissement et mettant en relief l'aberration de sphéricité du cristallin, contribue beaucoup aux troubles visuels qu'on observe en pareils cas. Le moyen de remédier aux troubles de l'accommodation est de faire usage de verres convexes ; pour empêcher l'entrée en trop grande abondance des rayons lumineux dans l'œil et diminuer par là même l'amblyopie causée par la mydriase, on fait regarder le patient à travers un trou sténopéique.

Le traitement devra surtout être dirigé contre la cause, et parmi les causes on cite l'impression du froid, l'attention prolongée, une émotion violente, la syphilis, la diphtérie, l'ataxie, les tumeurs crâniennes, orbitaires. Le traitement local consiste surtout dans l'emploi de l'ésérine et des courants continus.

Lorsqu'on a reconnu que la mydriase dépend d'une lésion du nerf optique ou de la 3ème paire, il reste encore à découvrir quelle est la cause déterminante de ces troubles nerveux. On la trouve à l'origine même de ces deux paires nerveuses ou le long de leur trajet.

Le siège qu'occupent les lésions cérébrales explique l'inconstance des phénomènes pupillaires dans les maladies du cerveau. Ainsi l'hémorrhagie cérébrale s'accompagne dans la moitié des cas de dilatation pupillaire d'un seul ou des deux côtés, tandis que dans l'autre moitié des cas la pupille offre des dimensions normales.

Les hémorrhagies de la protubérance s'accompagnent le plus souvent de mydriase mais quelquefois aussi de myosis.

Les hémorrhagies localisées aux pédoncules cérébraux coïncident avec une dilatation pupillaire dans l'œil opposé à la paralysie des membres. Ceci s'explique par la compression qui s'exerce sur la 3ème paire au niveau du pédoncule. Les hémorrhagies du cervelet s'accompagnent de myosis ou de mydriase.

Les tumeurs du cerveau, par leur action directe sur la 2ème ou la 3ème paire, causent le myosis à leur période irritative et la mydriase à leur période de paralysie. Il est assez rare d'observer des tumeurs cérébrales sans troubles pupillaires.

Les tumeurs siégeant au niveau du cervelet et de ses pédoncules ou des tubercules quadrijumeaux, les abcès du cerveau, les fractures de la base du crâne, les anévrismes de la carotide interne, produisent la mydriase avec immobilité. (Raymond, Duchesne, Gouguenheim.)

La mydriase paralytique a été remarquée aussi dans le ramollissement cérébral (Lancereaux), dans les méningo-encéphalites simples ou tuberculeuses à leur période de coma (Rendu, Landouzy).

La mydriase peut être spasmodique et due à une excitation du sympathique, ce serait même la cause la plus fréquente.

L'accommodation est moins incommodée de cette mydriase que dans la forme paralytique, mais il en résulte cependant un certain degré d'amblyopie causée par la trop grande abondance de rayons lumineux qui pénètrent dans l'œil. Le trou sténopéique remédie à cet inconvénient et montre qu'il n'est pas dû à une altération du fond de l'œil. La lumière conserve une certaine action sur le sphincter et détermine de légères contractions. L'absence de diplopie, de strabisme doit faire écarter l'idée d'une paralysie de la 3ème paire. Il y a encore d'autres différences à noter entre la mydriase spasmodique et paralytique. Dans la 1ère, en effet, on note une pâleur et un refroidissement des téguments du côté affecté, le regard est mort, exsangue (Rendu, Dujardin-Beaumetz) elle existe souvent des deux côtés et offre des intermittences. Dans le cas de mydriase paralytique les téguments conservent leur couleur et leur chaleur normales, un seul côté est atteint le plus souvent, la dilatation est permanente.

D'après Brown-Séquard l'afflux du sang en grande abondance à l'iris ferait contracter la pupille dans le cas de mydriase paralytique, tandis qu'elle resterait dilatée dans les cas d'excitation du sympathique.

Du moment qu'on a reconnu que la mydriase est de cause sympathique il reste à préciser davantage les causes qui ont agi sur le sympathique. Quant à reconnaître s'il s'agit d'une contracture des fibres radiées de l'iris plutôt qu'une contraction des vaisseaux iridiens, la chose est plus difficile ; d'ailleurs, elle est encore très discutée.

L'irritation sympathique peut porter *sur le tronc même du sympathique cervical, sur la moelle, sur un nerf sensitif quelconque, ou résulter d'une névrose.*

L'irritation sympathique produite au-dessus de la 2ème côte produit une dilatation pupillaire du même côté. (Cl. Bernard.)

Le sympathique peut être comprimé à cet endroit par un anévrisme, un ganglion, un abcès, etc. Dans une première période, dite d'irritation, la pupille est dilatée ; dans une seconde, dite de paralysie, la pupille se contracte. (Coiffier.)

Une irritation de la moelle produit la mydriase tandis qu'une destruction détermine la contraction du sphincter iridien. On observe donc la mydriase dans les fractures de la colonne vertébrale, le mal de Pott et la méningo-myélite à leur début ainsi que dans l'ataxie à sa première période. Elle fait rarement défaut dans cette dernière affection et annonce une prédisposition aux lésions oculaires graves de l'ataxie, déterminant l'amaurose complète. La mydriase tabétique a ceci de particulier, c'est qu'elle ne se modifie pas sous l'influence de la lumière tandis qu'elle cède sous l'influence de l'accommodation.

On a signalé la dilatation de la pupille dans les cas d'excitation d'un nerf sensitif quelconque. Ainsi le son, certaines odeurs, certains médicaments agissent sur les nerfs de l'oreille, du nez, de la langue, et produisent une mydriase. Nous avons là un réactif puissant pour apprécier l'existence ou l'énergie de cette excitation.

Les névralgies des viscères, les excitations génésiques produisent le même effet. D'après Roque les affections unilatérables du corps s'accompagnent souvent de dilatation pupillaire unique. Cet auteur a fait une étude très intéressante de la mydriase à ce point de vue ; Coiffier

en donne l'analyse suivante: " 1o. L'inégalité des pupilles par dilatation de l'une d'elles se rencontre dans un grand nombre de lésions unilatérales aiguës ou chroniques. L'auteur l'a vue dans de nombreux cas d'affections des poumons, des plèvres, du foie, des reins, de la rate, des ganglions, du péricarde, des genoux, des épithéliums; dans des cas de cancer, de carie, d'abcès, de bubons, de rhumatisme articulaire, de plaies, d'ulcères, de brûlures, de fractures, etc.; 2o. la pupille la plus large correspond toujours au coté de l'affection; 3o. s'il y a une affection de chaque côté, et si d'un côté l'affection est aiguë, tandis qu'elle est chronique de l'autre, la pupille la plus large existe du côté de l'affection aiguë; 4o. si les deux affections sont chroniques, mais l'une d'elles de nature ganglionnaire, c'est du côté de cette dernière qu'est la pupille la plus dilatée; 5o. l'inégalité n'est pas ordinairement continue, elle n'apparaît que lorsqu'on fait dilater la pupille, (obscurité, atropine sur la ligne médiane du front, courant électrique à la nuque,) et disparaît dès que les deux orifices se contractent, (lumière, ésérine); c'est justement l'inverse de ce que l'on observe dans l'inégalité de la paralysie générale; 6o. lorsque par électrisation de la nuque, les pupilles d'un malade se dilatent également, c'est que le mal n'a pas chez lui de localisation précise; 7o. dans les affections telles que rougeole, variole, scarlatine, etc., l'existence d'une inégalité pupillaire indique l'apparition d'une complication du côté de la pupille dilatée; 8o. quand l'inégalité change de côté, l'on doit redouter l'apparition d'une nouvelle lésion, du côté opposé à la première; 9o. enfin, l'indicateur pupillaire, dans les cas douteux, fait voir de suite au clinicien de quel côté il faut rechercher la lésion et, dans les affections bilatérales, quel est le côté le plus atteint."

M. Parrot a publié dans la *Revue de médecine* de Paris, en 1882, une étude sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance. Ce phénomène consiste à dilater la pupille, dans certaines conditions morbides, en pinceant la peau.

Vingt-trois observations sont citées dans ce travail; l'auteur les a divisées en deux classes. Dans la première, les troubles pupillaires se sont produits; dans la deuxième, ils ont fait défaut. Chez 16 patients, le phénomène de mydriase a été observé; chez 7 autres il n'a pas eu lieu. Dans 6 cas de méningite tuberculeuse cérébrale ou cérébro-spinale, Parrot a noté la mydriase chez les malades atteints de convulsions, et cela au début du paroxysme et pendant que durèrent les secousses. Pendant le coma succédant aux paroxysmes, il a suffi de pincer la peau au creux épigastrique pour dilater la pupille dans les proportions de 1 à 3 millimètres.

Après chaque pincement la pupille est revenue à l'état normal, mais, répétée souvent, cette manœuvre a finit par agir faiblement sur l'état pupillaire.

Il a été plus apparent toutes les fois que les expériences ont été faites sur un sujet à pupille préalablement contractée ou placée en face de la lumière.

Deux cas d'hémorrhagie piemerienne ont produit le même réflexe pupillaire que les précédents avec la différence que la réaction a été moins apparente à cause d'une dilatation préalable de la pupille.

Il en a été ainsi dans deux autres cas de lésions inconnues quoiqu'en apparence semblables aux précédentes. Trois autres observations por-

tent sur des sujets atteints de convulsions, étant tombés dans un coma profond. Le phénomène de mydriase par pincement a été très manifeste. Deux enfants morts sans lésions du cerveau ont présenté, pendant qu'ils étaient dans le coma, le phénomène mydriatique sous l'influence du pincement de la peau.

Des résultats négatifs ont été obtenus sur des enfants morts à la suite de lésions piemeriennes, des bronches, des poumons et inconnues. L'expérience a été tentée très peu de temps avant la mort, sur des sujets tombés dans un coma profond.

Parrot explique ces résultats divers par la différence de la sensibilité cutanée chez les sujets du premier et du second groupe d'observations. Avec Vulpian, il voit là un phénomène d'action vaso-motrice, ce phénomène, de même que presque tous ceux qui se montrent à une certaine distance du point primitivement irrité, est un effet vaso-constricteur. Voici l'ordre de succession des phénomèmes : « Excitation de la peau par le pincement ; transport de cette irritation au centre médullaire par les nerfs sensitifs ; sa réflexion sur les vaso-constricteurs de l'iris ; déplétion de ces vaisseaux ; dilatation pupillaire. » (Parrot.)

Si la sensibilité cutanée est émoussée ou abolie, le réflexe ne se produira pas. S'il n'y a pas compression cérébrale quoiqu'il y ait coma, le phénomène ne se produira pas. Parrot ajoute comme conclusion pratique que « un enfant atteint ou non de convulsions, qui est dans le coma, et dont les pupilles ne se dilatent pas sous l'influence du pincement de la peau n'est atteint ni de méningite ni d'hémorrhagie piemerienne ; il est sous le coup d'une asphyxie avancée et sa mort est imminente. »

Un certain nombre de névroses produisent la mydriase, entr'autres la chorée, dans sa période d'état, l'hystérie, au moment des attaques, ainsi que l'épilepsie, la migraine de cause anémique, l'angine de poitrine et tout accès de douleurs intenses.

L'anémie de l'iris comme cause de mydriase se produit dans le glaucome et l'hydrophtalmie, la commotion cérébrable, l'anémie cérébrale, la syncope, les états comateux, exceptés ceux qui sont causés par l'opium, l'acide phénique etc. ; les encéphalites et méningites à leur seconde période ou de stupeur, les maladies débilitantes, l'anémie, la chlorose, la phthisie et la convalescence des maladies graves.

Le myosis résulte 1° *d'excitation nerveuse exagérée, sous l'influence de la lumière*, 2° *d'un spasme du sphincter iridien*, 3° *d'une paralysie du sympathique*, 4° *d'une turgescence sanguine des vaisseaux iridiens.*

Le myosis par sensibilité exagérée de l'œil à la lumière se rencontre au cours des kératites en général, au cours des iritis. Il y a donc en même temps que contraction pupillaire, photophobie, larmoiement, troubles cornéens ou autres. Le traitement est entièrement lié à la maladie principale.

Le spasme du sphincter iridien dépendant d'une irritation de la 3ème paire peut se rencontrer dans la première période de la méningite tuberculeuse. (Jaccoud.)

Le myosis de cause paralytique offre ceci de particulier, c'est que l'atropine ne réussit pas à dilater la pupille. (Panas.)

Nous avons dejà fait remarquer que la période d'irritation de la moëlle s'accompagne de mydriase tandis que la deuxième période

coïncide avec le myosis. D'après Vincent, le myosis médullaire indique que le mal est situé au-dessus des deux premières paires dorsales ; dans d'autres cas, il ne surviendrait aucun désordre pupillaire. Le myosis observé dans les méningo-myélites spinales coïncide avec des phénomènes dépressifs.

Au cours de l'ataxie le myosis se rencontre presque toujours; dans la période moyenne de l'affection il existe le plus souvent des deux côtés et s'accompagne d'amblyopie et d'atrophie de la papille, il cesse un peu au moment des attaques douloureuses, de même qu'il cède à l'action de l'atropine. Il fait place à la mydriase lorsque l'amaurose est complète.

La paralysie traumatique du plexus brachial s'accompagne constamment de myosis avec élévation de la température du même côté. (Hutchinson.) On observe encore le myosis au cours de la paralysie et de la névralgie de la 5ème paire. Quand la pupille est dilatée au cours de la névralgie faciale, elle est toujours d'un pronostic fâcheux, elle annonce une paralysie concomitante de la 3ème paire (Marchall) ou le début d'un glaucome. (De Graefe.)

La pupille est contractée dans le goître exophtalmique, elle est dilatée dans les autres exophtalmies.

Lorsque le myosis est de cause pléthorique, on remarque en même temps une rougeur de la face et de la conjonctive et la pupille réagit à l'action de la lumière. On l'observe au cours de maladies de l'œil telles que kératites, iritis, etc. au cours de maladies cérébrales telles que congestion cérébrale (Leblanc), hémorrhagie cérébelleuse, manie aiguë, manie chronique; se produisant dans cette dernière, le myosis annonce le passage à la démence paralytique (Griesinger). Le myosis est très commun dans les hémorrhagies protubérantielles, quelques auteurs anglais vont même jusqu'à affirmer qu'en présence d'un sujet comateux à pupilles retrécies on ne peut diagnostiquer qu'une hémorrhagie protubérantielle, ou un empoisonnement par la morphine.

Les affections du cœur qui gênent le retour du sang à cet organe, les phlegmasies en général et les maladies fébriles à leur début s'accompagnent de myosis.

L'importance du rôle que joue l'orifice iridien en thérapeutique nous engage à en dire quelques mots.

Par leur action sur la pupille, on peut classer les médicaments en deux grandes classes, ceux qui produisent la mydriase et ceux qui produisent le myosis. Les médicaments agissent sur la pupille de deux manières, directement ou indirectement. Parmi les substances mydriatiques, celles qui agissent directement sont l'atropine, la duboisine, la daturine, l'hyosciamine et la gelsémine. Celles qui agissent indirectement en resserrant les vaisseaux, en diminuant la masse du sang sont les toniques névrosthéniques, les hyperkinésiques, les irritants cutanés, les vomitifs, les purgatifs, le mercure, la saignée, l'arsenic à fortes doses etc. Les stupéfiants, la belladone, la jusquiame, la ciguë etc, dilatent la pupille. D'après les expériences de Claude Bernard, Gubler, Leblanc, les médicaments produisent sur les vaisseaux des effets inverses à ceux qu'ils produisent sur la pupille.

Parmi les constricteurs qui agissent directement nous avons les irritants, les astringents, les myosiques tels que l'ésérine et la muscarine. Parmi les constricteurs indirects, nous pouvons ranger l'alcool,

les hypnotiques, les aromatiques, quelques antispasmodiques et les reconstituants. Les médicaments dilatateurs et constricteurs sont antagonistes par l'effet qu'ils produisent sur la pupille et les vaisseaux. Dans un grand nombre de maladies l'état de la pupille peut nous renseigner sur le traitement à suivre.

L'on produit le sommeil en donnant des médicaments qui mettent la pupille dans l'état où elle se trouve pendant le sommeil. Or, la pupille étant contractée pendant le sommeil, les médicaments myosiques seront indiqués pour provoquer cet état. Nous avons en effet l'opium et ses dérivés, le chloroforme, le chloral, le haschisch, etc. D'après Gubler, les alcaloïdes de l'opium sont d'autant plus somnifères qu'ils sont plus myosiques. Veut-on lutter contre le sommeil, on utilise les propriétés mydriatiques du café, de la thébaine etc. Ordinairement les médicaments qui agissent le mieux dans certaines maladies sont ceux qui luttent contre l'état pupillaire causé par la maladie. La morphine a été employée dans l'asthme, les convulsions des enfants, le délire de l'érysipèle de la face. Dans les délires avec fièvre et myosis, la belladone produit la sédation tandis que l'opium aggrave le délire (Graves). La chlorose, l'anémie se traitent par le fer; l'anémie cérébrale par la position déclive; on lutte encore ici contre l'état pupillaire en même temps que contre la cause de l'affection. L'aconit et l'aconitine qui sont des mydriatiques (Leblanc) sont des médicaments héroïques dans le traitement des névralgies faciales qui s'accompagnent de myosis. Les migraines, le délire, l'insomnie avec myosis sont traités par la digitale, l'atropine, le bromure de potassium, la quinine qui dilatent la pupille.

Les phlegmasies à l'état aigu s'accompagnent de myosis; la saignée employée en pareils cas, produit la mydriase. Plus tard, à la période de la maladie où apparaît la mydriase, on donne les reconstituants qui sont des myosiques. Lorsque, dans une maladie, les mouvements respiratoires sont nombreux, la pupille se dilate, on donne en pareils cas la morphine qui modère les mouvements, calme la dypsnée et contracte la pupille. Les maladies avec pupilles contractées repoussent les traitements myosiques; les médicaments mydriatiques ne conviennent généralement pas dans les maladies avec mydriase. La pupille sert de manomètre dans l'action de divers médicaments. Le renversement de la pupille dans les injections morphinées suit une progression rigoureuse proportionnnelle à la quantité injectée (Dr Vibert).

Lorsqu'il s'agit d'un malade nouveau dont on ne connait pas la susceptibilité à l'action de la morphine et qu'il importe de procéder par petites doses, la pupille peut servir de réactif. Toute dose de morphine qui après 20 minutes à peu ou pas modifié la pupille est perdue pour l'effet à obtenir. Si après 20 minutes la pupille est rétrécie mais mobile, la dose injectée a été insuffisante. Si après 20 minutes la pupille est contractée et immobile, la dose a été suffisante ou outrepassée. Après semblable opération la pupille se dilatera lorsque la morphine aura complètement épuisé son action dans l'économie. (Vibert.)

Pendant l'administration du chloroforme, l'état de la pupille est très important à noter. Au début, la pupille se dilate; à la période d'insensibilité elle se contracte; lorsque la sensibilité réapparait, la pupille se dilate de nouveau. Lorsque brusquement la pupille se dilate au cours de la chloroformisation ayant duré quelque temps, il faut craindre un danger. L'administration du chloral n'est suivi immédiatement d'aucun

désordre pupillaire ; lorsque le sommeil survient il se produit un myosis et la pupille se dilate au réveil. Si le malade tombe dans la stupeur, le myosis est un signe favorable, la mydriase un signe de mort certaine. On remarque la même chose pour l'effet de l'alcool.

Lorsqu'au cours de l'administration de la digitale on voit survenir la mydriase avec immobilité, il y a là un signe d'intolérance, il faut s'arrêter. L'application d'une mouche noire produit le myosis pendant que dure la vésication, la mydriase survient immédiatement après, elle est proportionnelle à l'étendue du vésicatoire et coïncide avec des troubles génito-urinaires. Si au cours d'une maladie ayant nécessité l'emploi d'une mouche noire il survient une cystite avec dilatation pupillaire, cette cystite est cantharidienne. (Coiffier.)

Lorsqu'au cours d'une phlegmasie on emploie la saignée, on peut renouveler ce traitement le lendemain si la pupille est resserrée de nouveau.

Le retour de la pupille à l'état normal est d'un bon augure.

En cas d'empoisonnement, l'état pupillaire peut être d'un grand secours pour le choix d'un contre-poison ; l'antagonisme de la morphine et la quinine, de l'atropine et de l'opium, de l'ésérine et de la pilocarpine, de l'opium et la jusquiame, de l'opium et de l'aconitine (Leblanc), de l'ésérine et de l'atropine est démontré par une foule d'observations où ces médicaments ont été employés comme antidotes les uns des autres. Si la preuve parait faite pour ceux que nous venons de citer, il n'en est pas ainsi de tous les autres qui sont encore l'objet de vives discussions parmi ceux qui s'occupent de physiologie thérapeutique. En cas d'empoisonnement il ne serait donc pas prudent, comme d'ailleurs en toute autre circonstance, d'attacher une importance exclusive à l'état de la pupille.

Notre but, en vous résumant les principaux travaux parus sur la question que nous venons de traiter, a été d'attirer votre attention sur un point très important du diagnostic des maladies en général, sur un symptôme d'une grande valeur et que l'on néglige peut-être trop dans l'examen des malades.

COMMUNICATION.

Etait-ce un Anévrisme?

Monsieur le Rédacteur,

Veuillez m'accorder un court espace dans votre journal pour le rapport d'un cas que je considère propre à intéresser la profession. Je compte que ce rapport sera d'autant plus intéressant que le sujet de l'observation a été examiné par bon nombre de mes confrères voisins, et de plus, par un certain nombre de médecins de Montréal.

Pierre B....., de Ste-Edwidge de Clifton, æt. 50, du poids de 160 lbs à peu près, arrivait chez moi le 4 octobre 1883, dans le but de se faire examiner. Il m'était envoyé par mon confrère le Dr. B..... qui le traitait depuis à peu près quatre mois pour certains troubles du côté de la poitrine et quelque chose d'anormal au sternum.

Examen :—Je remarque sur la partie antérieure de la poitrine une élévation circonscrite formant tumeur, de ¾ de pouce de hauteur, ayant un

diamètre de 2 pouces à la base, sur la partie gauche du sternum, à la jonction de la seconde et de la troisième côte avec le sternum. Cette tumeur est ferme, résistante à la pression, presqu'indolore, la peau qui la recouvre est de couleur normale. La pensée d'avoir sous les yeux un cas d'anévrisme me vient naturellement à l'esprit. Alors, pour établir mon diagnostic, j'interroge les pulsations radiales des deux avant-bras; je compare la force du pouls de chaque côté, il me semble reconnaître une diminution de force dans le pouls gauche; j'applique mon oreille sur la tumeur, je perçois les pulsations du cœur, elles sont isochrones avec le pouls; j'applique le stéthoscope et cherche les bruits anormaux. Je ne puis parvenir à découvrir qu'un certain bruit de souffle peu prononcé; si je n'entends pas de bruit de râpe, ou le frémissement cataire, j'attribue cela au travail qui se serait déjà fait dans le sac anévrismal datant déjà d'un certain temps, par exemple, l'organisation de la fibrine en plaques laminées qui auraient pour effet de s'interposer entre le flux du sang dans l'artère et le pavillon du stéthoscope. D'ailleurs, ces bruits anormaux ne peuvent-ils pas manquer dans quelques cas? Barker a rapporté deux cas d'anévrisme de l'aorte dans lesquels, selon lui, il n'y avait ni battements ni bruits anormaux. Du côté des organes de la respiration il y a de l'essoufflement, de l'oppression aussitôt que le sujet veut se livrer au travail. A l'appui de mon diagnostic j'apporte les grandes raisons suivantes: La nature du travail de cet homme qui est un colon défricheur. On sait à quelle somme d'ouvrage dur et fatiguant ces hommes se soumettent. Un jour que notre malade était occupé à abattre des arbres, pour faciliter la chute d'un de ces géants de la forêt dans une direction particulière, armé d'un fort levier, il se mit à pousser de toutes ses forces sur cet arbre, et durant ces efforts il sentit dans la poitrine comme si quelque chose eut cédé, *craqué*, suivant son expression. Depuis ce temps il a remarqué ne pouvoir plus se livrer à aucun travail assidu, et depuis ce temps là date l'oppression à la marche, oppression qui a persisté jusqu'à la fin. Or que dit Valleix? " Lorsque l'on voit, immédiatement après une chute ou une violence ex- " térieure, apparaître les battements de l'aorte, une tumeur dans la " poitrine, etc., on ne peut pas douter que ces causes n'aient donné " lieu à la formation d'un sac anévrismal? " D'après tous les signes énumérés ci-haut, nous étions donc justifiables de baser notre diagnostic comme se rapportant à un cas d'anévrisme de l'aorte, portion ascendante. Ne voulant pas prendre seul la responsabilité de ce jugement, j'invite le sujet à aller voir mon confrère le Dr X..... de Sherbrooke. Celui-ci, après examen, me renvoie le porteur de la tumeur, avec un mot en disant qu'il était d'opinion que la tumeur était anévrismale et qu'il pensait même y avoir reconnu le frémissement cataire.

Dans le printemps de 1884, le patient, sur le conseil de son médecin, se rend à Montréal. Là, il est examiné par un bon nombre de nos plus habiles chirurgiens; quelques-uns, le plus grand nombre, se prononcent pour un anévrisme, d'autres réservent leur jugement. Je dois dire ici, pour rendre justice à qui de droit, que le médecin traitant le cas ne se prononça pas; un confrère opina pour une exostose, un autre pour un abcès qui devait être ouvert.... Le patient est resté sous les soins du Dr B..... qui traita les symptômes. Bientôt la maladie fit des progrès, les symptômes s'aggravèrent, les troubles de la respiration devinrent tels qu'il ne put plus se coucher, puis dyspepsie, faiblesse et

anasarque très prononcée et il fut forcé, pendant près de trois mois, à passer ses nuits sur une chaise.

Le 29 novembre 1884, j'apprenais la mort du malade et le Dr B..... m'invitait à assister à l'autopsie.

Post-mortem : Aspect extérieur : on remarque une tumeur volumineuse recouvrant presque tout le sternum, partant du niveau de la 3me côte, se prolongeant en haut sur une longueur d'à peu près huit pouces et large de trois à quatre pouces, jusque dans la région du cou ; cette tumeur est nodulée, s'élevant à certains endroits à près de trois pouces, ferme et dure ; la peau qui la recouvre est de couleur et consistance normales. A la vue de cette tumeur que je n'avais pas examinéedepuis treize mois, mon diagnostic commence à être ébranlé ; cependant le Dr B. ayant fait une incision assez profonde dans toute la longueur de la tumeur, nous constatons avec étonnement que le scalpel à sectionné une masse de substance blanche, lardacée, criant sous la lame ; c'est du tissu squirrheux ! Il est impossible de relever le sternum solidement fixé qu'il est par la tumeur qui fait corps avec lui. Le tissu osseux n'existe plus et a été remplacé par la substance lardacée dure, coriace, telle que décrite plus haut. Après beaucoup de travail on réussit à enlever la masse toute entière à laquelle est attaché le cœur, et l'on peut alors constater que la tumeur a eu la base de cet organe pour point d'origine, et de là s'est étendue à l'oreillette droite, à l'aorte (ascendante, transverse et une portion de la descendante), aux veines caves, puis au sternum. Elle adhère à la paroi thoracique en avant, et se prolonge en haut jusqu'au cou. A l'intérieur de la poitrine, elle n'a pas moins de cinq pouces de large sur sept à huit de long, et pèse environ 8 à 10 livres ; son volume égale celui de la tête d'un enfant d'un an. Nous constatons en outre une effusion assez abondante de sérum dans les plèvres qui sont adhérentes sur une certaine étendue ; les poumons sont congestionnés.

Remarques.—Dans mon humble opinion, il était rationnel, dans ce cas, de se prononcer pour un anévrisme, principalement dans le temps que nous avons examiné le sujet, c'est-à-dire dans les premiers mois de la maladie, et cela : 1° par le site de la tumeur qui était celui des anévrismes ; 2° par les battements perçus dans la tumeur, battements isochrones aux pulsations des artères radiales ; 3° par les bruits de souffle entendus par différents confrères, bruits faciles à expliquer par la gêne de l'oreillette droite du cœur qui se trouvait comprimée dans ses mouvements par la masse qui l'enveloppait, et aussi par le rétrécissement du calibre des artères émergeant de la base du cœur ; 4° par la dyspnée, et la douleur plus ou moins prononcée ; 5° par l'absence, jusqu'à la fin, de la couleur jaune paille de la peau, caractéristique des affections cancéreuses, et aussi par l'absence de tout ganglion induré, à l'aisselle et ailleurs ; 6° par la nature du travail de cet homme, et encore plus par l'histoire de l'accident survenu quelque temps avant la première manifestation des symptômes ; 7° enfin, la rareté de cas semblables. Je ne sache pas qu'il soit fait, dans nos auteurs, mention d'un cas de ce genre. Nous avions presque tous les signes d'un anévrisme, et cependant, c'était..... une tumeur cancéreuse !

Dr Ths. LaRue.

Compton, 26 janvier 1885.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Tuberculose et paraplégie.—Clinique de M. le professeur VULPIAN à l'Hôtel-Dieu.—Au No 11 de la salle Saint-Martine est couchée une femme âgée de 28 ans. Elle n'a pas d'antécédents et se porta bien jusqu'à 25 ans. A cette époque, elle présenta des phénomènes d'hystérie qui ne firent que s'aggraver et la forcèrent à entrer à l'hôpital. Je ne m'occupais pas beaucoup de cette femme, qui était entrée pendant mon absence pour une hémianesthésie du côté gauche. Elle prenait bien, depuis trois semaines, les toniques et les douches qui lui avaient été ordonnés, lorsqu'un matin elle refusa de descendre aux bains, parce qu'elle toussait. Je l'examinai et je constatai au-dessous de la clavicule droite de la submatité et des râles sous-crépitants localisés au sommet. En présence de ces modifications, de leur siège et de leur coïncidence avec un amaigrissement sensible, on ne pouvait avoir aucune hésitation pour poser le diagnostic. L'examen des crachats, dans lesquels on constata des bacilles, le rendit encore plus affirmatif. A ce propos il me paraît important de dire que la présence des bacilles ne doit pas être une cause de découragement.

Elle est intéressante pour le clinicien, en ce qu'elle nous fait sortir des cas douteux, mais ce n'est pas un signe d'incurabilité. Ceci dit, revenons à notre malade. Je lui donnai de l'acide salicylique, du thymol, de l'opium et je vis son état s'améliorer. La température qui, au commencement, pendant une quinzaine de jours, était de 40°, s'est peu à peu abaissée et oscille maintenant, à peu près au bout de six semaines, entre 37° et 37° 2. La malade tousse moins et on ne retrouve plus de bacilles dans ses crachats. Elle mange et, si elle n'est pas guérie, elle est du moins considérablement améliorée.

Dans la même salle, au No 7, est une autre malade qui a 44 ans. Elle n'a pas non plus d'antécédents héréditaires. Elle ne s'est enrhumée véritablement qu'en 1881 et a eu une hémoptysie en 1882. Au mois de mai, son état s'était tellement aggravé, qu'elle fut forcée d'entrer à l'hôpital. Outre sa toux elle avait une diarrhée incoercible qui ne cédait à aucun agent thérapeutique. Le sous-nitrate de bismuth, le cachou et le ratanhia amenèrent une telle amélioration qu'on put envoyer cette femme au Vésinet. Elle ne tarda pas à en revenir, et cette fois-ci le même traitement n'eut pas le même succès. Lorsque je pris le service, je continuai le bismuth. La diarrhée ne diminuant pas et l'opium n'agissant pas, j'eus l'idée de lui donner du silicate de bismuth que j'avais vu réussir dans certains cas; mais, cette fois-ci, il n'apporta aucun changement. J'eus alors recours au salicylate de bismuth, que M. Dujardin-Beaumetz a employé et dont je me sers depuis longtemps dans les diarrhées rhumatismales et dans celles des phthisiques. Administré à la dose de six grammes par jour, il répondit à mes espérances. La diarrhée diminua peu à peu, et il y a quelques jours je fus très heureux de voir que cette malade venait de faire enfin, pour la première fois depuis sept mois, des matières moulées. Son état s'est en même temps considérablement amélioré et elle a engraissé.

Je tenais beaucoup à vous parler de ce médicament. Il agit comme topique et, quoique ce soit un sel insoluble, il ne l'est toutefois pas tant qu'il ne laisse échapper de l'acide salicylique. Il arrive sur les ulcérations intestinales et fait là ce qu'il fait *in vitro*; il tue les vibrions. Les ulcérations de l'intestin sont par suite notablement améliorées, mais il n'en est pas de même pour les tubercules du poumon. Dans ce cas, le médicament devant passer par la circulation, arrive en doses infiniment petites et n'est pas assez actif. Je crois cependant qu'il est nécessaire de faire des essais et qu'il ne faut pas se contenter de donner de l'opium comme le font les médecins qui tonnent contre les spécifiques. Cela n'aboutit pas à grand'chose. Quand on connaît la cause, on doit chercher tous les moyens pour tuer cet organisme, et si nous arrivons à supprimer les bacilles, la tuberculose devra l'être aussi.

Ceci dit, je vais vous parler de deux malades atteints d'une affection du système nerveux. Le premier est un homme de 31 ans, qui a été dirigée du Mans sur mon service parce qu'on sait que je m'occupe tout spécialement de ces maladies. On ne trouve, comme antécédents héréditaires de maladies du système nerveux, qu'une paraplégie a frigore que son père a eue à l'âge de 18 ans. Il doit en être de même pour lui, car on ne trouve aucune trace de syphilis ou d'alcoolisme. Il n'a jamais eu de grands chagrins et fut bien portant jusqu'à l'âge de 17 ans. C'est dans le courant du mois de juillet de cette année qu'il se refroidit, en restant deux heures dans une rivière pour pêcher à la ligne, et, qu'au sortir de l'eau, il éprouva un sentiment de raideur dans la marche. Le lendemain tout ayant disparu, il recommença à travailler. Au bout de trois mois, il sentit revenir la même pesanteur et la même faiblesse. Cet affaiblissement des membres inférieurs alla en augmentant, rendit la marche difficile et le força à se mettre au lit. Il eut en même temps de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Au bout de six mois, il put se lever et marcher avec des béquilles, qu'il ne tarda pas à abandonner pour n'avoir recours qu'à une canne. L'amélioration continuant, il entre comme comptable dans une maison et ne conserve sa canne que par prudence. Il put faire ce travail jusqu'à 26 ans. A cet âge, il est retombé malade comme précédemment, et est entré à l'hospice du Mans. Son état s'est amélioré au bout de 3 ou 4 années de traitement. A l'âge de 30 ans, il a pu recommencer à marcher avec des béquilles et est venu à Paris. Lorsqu'il est entré dans mon service, il avait un bon aspect et, si nous n'avons pas contaté d'atrophie des membres inférieurs au premier abord, nous avons du moins remarqué qu'il y avait de la raideur et de la faiblesse.

Quand il est couché, on constate qu'il peut élever les membres inférieurs au dessus du plan de son lit et que le gauche est plus faible que le droit. Quand il marche, on voit que la jambe gauche a conservé quelques mouvements dans l'articulation, tandis que la droite est raide. Il se soutient sur ses béquilles et serait incapable de se tenir sur ses jambes.

Voici pour le mouvement, passons maintenant à la sensibilité. Elle est diminuée et, fait très net, elle est plus amoindrie à gauche qu'à droite. Il y a là un léger degré d'hémianesthésie croisée. Les mouvements réflexes sont exagérés dans les deux membres et particulièrement dans le droit, où se produit de plus une contracture lors-

qu'on le frappe plusieurs fois. Il n'y a de trépidations réflexes du pied ni d'un côté, ni de l'autre. Il n'y a pas de troubles vaso-moteurs, pas de troubles trophiques manifestes. Le sens génital est à peu près perdu et il existe de la douleur dans la région lombaire. Il y a encore un peu d'incontinence de l'urine et des matières fécales, mais il n'y a aucun trouble des yeux et des membres supérieurs.

Les pointes de feu à l'extérieur, l'iode et la strychnine à l'intérieur, ont amené un peu d'amélioration chez ce malade atteint de myélite chronique. Cette myélite, qui a peut-être été accompagnée d'un peu de méningite spinale, est située très probablement au-dessus du renflement lombaire, comme l'indique la paralysie et l'incontinence de l'urine et des matières fécales. Elle n'est pas localisée et n'occcupe pas de cordons déterminés. Elle est diffuse et empiète sur un sillon et sur un autre. Ce qui le montre, ce sont les phénomènes qui portent à la fois sur la motilité et sur la sensibilité; c'est encore le léger degré d'atrophie musculaire qui existe d'une façon irrégulière. A gauche, c'est la cuisse qui a diminué de volume; à droite, c'est la jambe. Un pareil symptôme ne peut s'expliquer que par une myélite serpigineuse. Il y a là, en un mot, un flot de myélite qui pénètre un peu dans la substance grise. S'accompagne-t-elle de sclérose descendante ou de sclérose ascendante ? Je n'en sais rien. Tout ce dont je suis sûr, c'est que cette myélite est scléreuse. Je crois que les cellules nerveuses ont été étouffées par un développement de la névroglie. L'amélioration, qui n'aurait certes pas eu lieu si l'on avait eu une destruction des éléments, en est la meilleure preuve.

Vous voyez donc qu'au moyen des symptômes, nous arrivons à des données assez nettes pour poser le diagnostic et, si cette étude est intéressante, il est encore bien plus utile de savoir que ces myélites chroniques, lorsqu'elles sont scléreuses, ne sont pas incurables, quoiqu'en disent les livres classiques. Vous voyez que ce malade a été à peu près guéri. Je dis à peu près, car cette sclérose a été réchauffée sous l'influence du froid. C'est un point sur lequel on ne saurait trop insister, car le médecin peut consoler le malade et lui faire pressentir une guérison.

Reste à savoir comment une sclérose de la moëlle peut guérir. Je crois, pour ma part, que la maladie persiste, qu'elle est aggravée par l'inflammation du tissu connectif et que, toutes les fois qu'on calme cette irritation, le malade va mieux. Cela est si vrai que, toutes les fois qu'on parvient à calmer l'irritation de la moëlle chez un ataxique, on voit immédiatement survenir des modifications dans la marche.

Je vais maintenant vous présenter une affection médullaire un peu différente. Ce malade, âgé de 39 ans, n'a pas d'antécédents héréditaires et a eu la syphilis il y a une quinzaine d'années. La maladie actuelle a débuté au Mexique, il a 5 ou 6 ans, par des douleurs et des faiblesses dans les chevilles.

Au bout de 6 mois il avait de la douleur au niveau du sacrum, un peu d'insensibilité dans les membres, des crampes, des sursauts, et marchait au moyen d'une canne avec une difficulté extrême. Il fut soigné par l'électricité et on trouve, le long de la face interne de ses jambes, des cicatrices résultant des lésions produites par les excitations électriques qu'il se faisait lui-même. Malgré ce traitement, l'amélioration fut si légère, qu'il entra chez nous le 15 novembre 1883, 10 ou

11 mois environ après son retour en France. Lorsque je l'examinai, il pouvait lever les deux membres inférieurs assez difficilement. Les mouvements réflexes étaient et sont encore exagérés. La sensibilité était intacte. Il n'avait pas de troubles vaso-moteurs ou trophiques et n'avait jamais eu d'incontinence d'urine ou des matières fécales.

Voici donc un malade qui a une paraplégie plus marquée dans la jambe droite que dans le membre gauche. Il marche péniblement, en laissant les membres étendus, et fauche un peu par suite de l'existence de raideurs spasmodiques dans les muscles.

Quoique ce diagnostic présente une certaine difficulté, je ne doute pas qu'il ne s'agisse vraisemblablement d'un néoplasme syphilitique qui se trouve dans le canal rachidien et qui a produit, en même temps que de la compression, de l'irritation. Reste à préciser sa place. Je ne crois pas qu'il soit en rapport avec la moëlle épinière, mais je pense qu'il excite les nerfs de la queue de cheval, la douleur rachidienne se trouvant au niveau du sacrum et le malade n'ayant jamais eu de troubles relatifs à la miction et à la défécation ; ce qui n'aurait pas manqué d'arriver, si le néoplasme avait été dans la région lombaire.

Quant au traitement, il est bien simple. Le sirop de Gibert, que j'ai fait prendre, a considérablement amélioré le malade et je crois qu'il ira de mieux en mieux s'il a de la persévérance.—*Praticien.*

Traitement de la bronchite.—Les remarques qui suivent, au sujet du traitement de la bronchite, s'appliquent plus spécialement à ces cas que l'on désigne souvent sous le nom de simples rhumes. Il est quelquefois important d'enrayer ces attaques au début. Dans ces cas on peut avec avantage suivre le plan qu'avait adopté un orateur bien connu qui, le matin même d'un jour où il devait parler en public, s'en trouva complètement empêché. Ce monsieur se mit à prendre du vin émétique jusqu'à vomissement et transpiration abondante, puis s'étant tonifié au moyen de bière et d'huîtres, put accomplir aisément sa tâche. Ce mode de traitement est assez désagréable, ce qui fait qu'il ne saurait être généralement adopté ; il va de soi qu'il ne peut non plus s'appliquer qu'à des sujets robustes et forts.

Tout médecin sait que les expectorants sédatifs sont employés dans la première période (période sèche) d'un rhume. L'on n'a qu'à choisir entre l'ipecacuanha et le tartre émétique, et il importe peu que l'on prenne l'un ou l'autre. Cependant il ne faut point oublier que l'émétique est positivement dangereux chez les très jeunes enfants, ainsi que chez les vieillards et les sujets affaiblis.

Ce qu'on ne sait pas généralement, c'est que les alcalis, administrés à haute dose, sont des expectorants sédatifs des plus efficaces. Le citrate de potasse constitue la meilleure forme sous laquelle on puisse donner les expectorants alcalins ; on en doit donner de une demi-once à une once dans les vingt-quatre heures.

La formule suivante a été mise à l'essai durant ces quatre ou cinq dernières années, et c'est là, à coup sûr, la potion expectorante et sédative la plus efficace que j'aie jamais employé :

P—Citrate de potasse	1 once
Jus de citron.....	2 onces

Sirop d'ipécac..... ..... ½ once
Sirop q.s. pour faire..... ..... 6 onces

M—*Dose :* Une cuillerée à soupe, de quatre à six fois par jour.

Quand la toux est fréquente et que les intestins subissent facilement l'influence des laxatifs, on peut ajouter une petite quantité de parégoric à cette potion. On fera varier la dose d'ipecac suivant la plus ou moins grande susceptibilité de l'estomac. Quelquefois on peut avantageusement lui substituer le tartre émétique. Deux ou trois jours de cette médication suffisent ordinairement à établir une expectoration abondante. Les expectorants stimulants sont alors indiqués ; je mentionnerai entre autres la scille et le sénéga. Je ne puis cependant affirmer positivement en avoir obtenu bien souvent des résultats marqués, et je suis porté à croire qu'une grande partie de leur réputation est plutôt due à la tradition et au fait que, avec le temps, la bronchite même se guérit toute seule. De ces deux médicaments, la scille est celle qui rend le plus de services. Elle est cependant encore inférieure au muriate d'ammoniaque. Celui-ci, de même que toutes les préparations ammoniacales, doit être administré à de courts intervalles afin que l'action thérapeutique en soit soutenue. L'effet d'une seule dose ne dure guère plus de deux heures. La saveur âcre et désagréable du remède peut être masquée quelque peu par l'addition d'un peu de glycérine. On devra enfin se rappeler que, donnés à très hautes doses, tous les sels ammoniacaux peuvent, en leur qualité d'alcalis, agir sur la crâse sanguine et déprimer notablement les forces vitales. Depuis longtemps l'on connaît l'efficacité du copahu dans la bronchite chronique ; on peut aussi le prescrire avec avantage dans la bronchite subaiguë rebelle. Quand, chez les enfants, le rhume est tenace, le sirop d'ail est très efficace. Mais l'expectorant stimulant qui, pour moi, a presque tout-à-fait remplacé les autres est l'huile d'eucalyptus. Chez les adultes on l'administre, dans les cas ordinaires, à dose d'environ quarante minimes par jour. La saveur en est si désagréable qu'il importe de la masquer en donnant l'huile en capsules, chaque capsule en contenant dix minimes ; si le patient le préfère, on peut donner, par dose, deux capsules de cinq minimes chacune. L'huile semble être absorbée et éliminée lentement, de sorte qu'il suffit de l'administrer quatre fois par jour. Donnée sous forme d'émulsion, elle est apte à produire des éructations désagréables, mais en capsules, elle est généralement bien supportée. Il est cependant des estomacs qui ne peuvent pas la supporter du tout. La contre-irritation est très utile dans les cas de bronchite et de rhumes violents, mais je n'attirerai ici l'attention que sur un médicament d'autrefois, presque oublié aujourd'hui : l'huile d'ambre. Cette huile rend de bons services dans le traitement de la bronchite des jeunes enfants, chez lesquels la maladie est si souvent associée à des troubles nerveux très marqués avec tendance au collapse. L'huile d'ambre, diluée dans une, deux ou trois parties d'huile douce et appliquée sur la poitrine sous forme de fomentations (flanelles) agit parfois très bien en combattant à la fois l'état nerveux et la congestion interne.—Dr Horatio C. Wood, in *Therapeutic Gazette.*

Du cancer de l'estomac.—Clinique de M. le professeur HARDY à la Charité—En suivant la visite ce matin, vous avez été à même de constater avec moi que le malade qui est couché au n° 19 de la salle St-Charles a considérablement maigri, et qu'il a perdu ses forces. En effet, sa peau, d'une part, est beaucoup trop large pour les parties qu'elle recouvre, et, c'est à peine, d'autre part, s'il peut aller de son lit aux cabinets. J'ajouterai enfin que son teint est pâle, que ses artères sont athéromateuses, et que son cœur, d'après l'absence des battements et la faiblesse des bruits, a sûrement participé à l'atrophie générale.

En présence d'un pareil état, la première indication est de rechercher la cause organique qui a bien pu amener cette déchéance. Et tout d'abord, interrogeons le passé de cet homme. C'est un individu de soixante ans, bouquiniste de son état, qui digérait bien, malgré qu'il ne mangeât pas à heures fixes, ne toussait pas, et n'avait jamais eu d'œdème des membres inférieurs quand, il y a huit mois, les digestions sont devenues difficiles et des vapeurs, un peu brûlantes, ont remonté le long de l'œsophage. Un dégoût absolu, surtout pour les aliments solides, étant survenu, le malade est arrivé à ne plus prendre que du bouillon et du lait; aussi n'a-t-il pas tardé à entrer à l'hôpital. Par l'inspection et par le palper, nous ne trouvons aucun signe de distension de l'estomac et pas même l'ombre d'un empâtement. Je dois enfin ajouter que ses urines sont peu abondantes et qu'il n'a vomi, jusqu'à ce jour, que deux fois: la première du potage, et la seconde du lait avec quelques matières grises.

Naturellement, nous devions accuser l'estomac, puisque les fonctions de cet organe sont troublées. Avons-nous affaire à une dyspepsie? Non. En effet, outre la rareté de cette affection à soixante ans, le malade, d'une part, n'a jamais eu de troubles digestifs avant ces huit mois, malgré l'irrégularité de ses repas, et ne présente, d'autre part, aucun signe de dilatation de l'estomac. Est-ce une gastrite chronique? Pas davantage, car notre homme n'a pas de fièvre, pas de vomissements bilieux, et sa langue n'est pas rouge. Serait-ce alors un ulcère? Je ne le crois pas, la douleur qui augmente par l'ingestion des aliments et, signe particulier, les vomissements rouges manquant. Sommes-nous donc en présence d'un cancer? Je vous avouerai que par exclusion, bien que les vomissements et la tuméfaction fassent défaut, nous sommes amenés à porter ce diagnostic, et voici pourquoi: d'abord, quand on voit survenir des troubles digestifs chez un homme qui a dépassé la cinquantaine, vous êtes excusable de penser au cancer; de plus, ce diagnostic vient encore s'imposer si vous constatez que l'individu a maigri considérablement.

Ce que j'affirme aujourd'hui, je ne l'aurais peut-être pas dit il y a six mois, tellement ce diagnostic est difficile à faire au début; aussi a-t-on cherché à résoudre le problème par l'examen de l'urine. Un médecin belge a prétendu que dans le cancer de l'estomac, la diminution de la nutrition se traduisait par une diminution de l'urée. Je vous avoue que ce procédé, vanté par M. Dujardin-Beaumetz, me paraît défectueux. L'urée, en somme, est en proportion de l'ingurgitation; or, comme les individus atteints de l'estomac mangent peu, ils doivent, par conséquent, excréter une petite quantité d'urée.

Voilà le diagnostic! Maintenant, où est situé ce cancer? Je ne crois pas qu'il soit aux orifices, le siège ordinaire (71 fois sur 100). En effet,

s'il était au pylore, on rencontrerait, d'une part, de la dilatation, d'autre part, une tumeur. S'il occupait le cardia, le malade ne pourrait pas manger. Donc, c'est dans les parois de l'estomac, et très probablement à la petite courbure, qu'il se trouve. Quant à sa nature? Dans ce cas, je ne crois pas avoir affaire à un volumineux encéphaloïde, mais à un cancer en nappe, à un cancer épithélial.

Comme pronostic? Je l'ai énoncé en faisant le diagnostic. Il est, en effet, deux périodes : une de dyspepsie et l'autre de cachexie caractérisée par l'œdème des membres inférieurs, une teinte jaune pâle, et quelquefois par la phlegmatia alba dolens. Notre homme est à la fin de la première période; aussi peut-il vivre encore pendant six semaines, deux mois et même trois mois, mais il mourra. Comment? Cette question est impossible à résoudre pour le moment, attendu que les malades sont emportés d'une foule de manières. Les uns, minés par la cachexie progressive, s'éteignent, soit avec toute l'intégrité de l'intelligence, soit avec du délire, résultat de l'anémie cérébrale. Les autres sont emportés, tantôt par une hémorrhagie, tantôt par une péritonite. Enfin, dans cet état de faiblesse, rien n'est moins étonnant que de les voir enlevés par la plus petite maladie.

Que doit-on leur faire? Cela est extrêmement difficile à dire, parce que nous ne connaissons aucun remède, pas plus pour le cancer de l'estomac que pour celui des autres organes. Néanmoins, comme il s'agit d'un organe qui joue un rôle important dans la digestion, le plus utile est d'introduire dans l'estomac des aliments qui puissent être absorbés; aussi, en raison de la répugnance que ces malades ont pour la viande, le pain, et tous les solides en général, faut-il leur donner des potages, du bouillon, des fécules, du jus de viande, du poisson, quelques légumes, et, par-dessus tout, du lait tantôt pur, tantôt mélangé avec de la fécule, du tapioca ou de la mie de pain. A côté de l'alimentation vient la boisson. Le vin rouge étant un poison, c'est au vin blanc, qui ne contient pas de tannin, que vous devez avoir recours. Donnez donc du champagne et surtout des alcalins (eau de chaux, magnésie, bicarbonate de soude) pour neutraliser, d'autre part, l'acidité. En second lieu, chez certains malades, les douleurs vives ont besoin d'être calmées par des injections hypodermiques au chlorhydrate de morphine, faites surtout le soir, afin de procurer une nuit excellente, plutôt que par des potions opiacées qui, très souvent, troublent les digestions. Quant à ceux qui vomissent tout ce qu'ils prennent, on les soutient d'une manière artificielle par des lavements nutritifs au bouillon, au lait, etc. Malheureusement, cette amélioration n'est que temporaire, car au bout de quelques jours la nutrition redevient insuffisante. Enfin, si vous constatez une dilatation de l'estomac, cherchez à soulager votre malade en introduisant une solution alcaline dans l'estomac au moyen d'un tube en caoutchouc, de façon à laver cet organe absolument comme une plaie ordinaire. Malgré tout, ces différents moyens ne sont que palliatifs; aussi vos malades s'affaisseront-ils graduellement et ne tarderont pas à succomber fatalement. On a conseillé encore les cautères, les vésicatoires placés sur la région épigastrique. Bien que vous n'ayez pas la prétention d'enrayer la maladie avec de pareils excitants, vous serez obligés néanmoins d'y avoir recours quelquefois, car à côté de la médication à effet se place la médication morale. Se croiser les bras, en effet, ne suffit pas; il faut toujours avoir l'air de faire quelque

chose pour la guérison, même quand on ne peut rien. De cette façon, en plaçant un disque de caustique de pâte de Vienne, non seulement vous ne nuirez pas au malade, mais vous l'empêcherez souvent de se jeter dans les bras du charlatanisme qui promet tout et ne tient rien.—*Praticien.*

De la dilatation de l'estomac.—M. le professeur BOUCHARD a trouvé que 30 malades sur 100 étaient atteints de dilatation de l'estomac; sur 100 malades traités pour une affection chronique on trouve 60 fois la dilatation de l'estomac.

Le plus souvent, cette dilatation ne se manifeste par aucun symptôme, en dehors de l'examen de l'estomac. Il n'y a troubles digestifs que chez le tiers des malades environ.

Dans la majorité des cas, le signe de la dilatation est un *bruit de clapotement* perçu par la percussion de la région stomacale, au-dessous du milieu d'une ligne qui rejoindrait l'ombilic au bord inférieur des dernières côtes gauches.

Pour avoir une importance clinique, il faut que ce signe soit constaté le matin à jeun ou seulement quand le malade a avalé un verre d'eau. D'après M. Bouchard, la dilatation est la cause et non la conséquence de la dyspepsie.

La dilatation stomacale peut amener à sa suite des troubles nombreux et variés dont les principaux sont: des troubles digestifs, la congestion et la tuméfaction du foie, produisant l'abaissement du rein droit; des accidents nerveux, des altérations des urines, des éruptions cutanées, des bronchites, des coryzas et de véritables accès d'asthme, des lésions cardiaques, du purpura, du rhumatisme noueux.

Toutes ces manifestations n'existent pas à la fois, mais leur existence isolée ou simultanée a permis d'établir plusieurs formes de la maladie: une forme dyspeptique, une forme entérique, une forme hépatique, des formes larvées avec prédominance d'accidents nerveux et hypochondrie, une forme rénale, une forme cardiaque, une forme cutanée, une forme rhumatismale et enfin une forme consomptive, caractérisée par un affaiblissement général des forces psychiques; cette forme peut évoluer suivant le mode aigu, et ressemble à une tuberculose mal confirmée, ou suivant le mode chronique, et est rattachée à l'hypochondrie.

Quant aux rapports qui unissent la dilatation stomacale à ces accidents complexes, ils sont des plus difficiles à déterminer.

La dilatation a pour première conséquence d'entraver l'élaboration des aliments et de provoquer, par suite, les fermentations et la multiplication des éléments figurés dans l'estomac.

Les produits de fermentation de la masse alimentaire sont nuisibles et même quelques uns sont véritablement toxiques, et c'est à l'action toxique de ces produits de fermentation sur l'économie tout entière qu'il faut attribuer vraisemblablement les conséquences pathologiques complexes de la dilatation stomacale.

Ainsi la dilatation, qu'on considérait comme un phénomène secondaire à une foule d'états morbides, est au contraire la lésion initiale qui engendre tous les accidents.—*France médicale.*

Ictère catarrhal.—Clinique de M. le professeur BARTHOLOW au *Jefferson Medical College Hospital.*—Le premier malade que j'ai à vous présenter est un de vos confrères, M. H***, qui a bien voulu consentir

à se prêter a notre démonstration clinique. Ce monsieur souffre d'une maladie que vous pouvez reconnaître au premier coup d'œil : l'ictère ou la jaunisse, ainsi qu'on l'appelle ordinairement. Deux ou trois semaines avant le début de cet ictère, M. H***, se sentait mal en train, souffrait de dyspepsie accompagnée de flatulence et de plus ou moins de constipation, en même temps qu'il y avait beaucoup d'abattement moral, puis la conjonctive et la peau commencèrent à se teindre de jaune, la teinte s'accentuant de plus en plus jusqu'à aujourd'hui. Avec cela se sont montrés les autres signes caractéristiques de la maladie. L'urine est couleur de café, tandis que les selles sont grises blanchâtres ; il y a du prurit cutané, ralentissement du pouls et abattement moral comme je l'ai déjà dit. Le ralentissement du pouls est dû à la présence des acides biliaires dans le sang, ce qui a été prouvé par le fait d'injections intraveineuses de ces acides. Enfin, il y a cette sensation subjective de froid qui est dûe à l'activité moins grande de la circulation.

Quelle est cette forme d'ictère ? Rappelez-vous qu'avant l'apparition de la coloration jaune à la peau le malade accusait déjà des symptômes bien marqués de troubles du côté de la muqueuse gastro-intestinale, mais qu'avant l'apparition de ces derniers symptômes il n'y avait trace d'aucune maladie. Après que les troubles du côté des voies digestives eurent duré un certain temps, l'ictère s'est montré. La jaunisse survenant de la sorte ne peut être rapportée qu'à une seule cause : le catarrhe gastro-duodénal, et est en grande partie de nature purement mécanique. Chaque fois, en effet, qu'il y a du catarrhe gastro-duodénal, il y a aussi tuméfaction de la muqueuse au niveau de l'orifice du canal cholédoque ; or il suffit d'une tuméfaction assez légère pour que l'ictère se produise ; l'obstruction au passage de la bile peut encore être due à une accumulation de mucus dans l'ampoule de Vater. L'expérimentation a prouvé qu'une obstruction peu considérable suffit à faire refluer la bile dans le sang ; un catarrhe très léger peut avoir cet effet. Or, c'est précisément ce que nous avons dans ce cas-ci. Il y a eu léger catarrhe gastro-duodénal accompagné d'occlusion de l'orifice du canal cholédoque, laquelle a été amenée en partie par le gonflement de la muqueuse, et en partie par l'accumulation de mucus.

Le diagnostic ainsi posé, il nous reste à examiner les moyens à prendre pour réduire cette tuméfaction de la muqueuse, enlever le mucus accumulé, et débarrasser l'économie du pigment biliaire qui est le point de départ de plusieurs des symptômes que nous venons d'énumérer. On a prescrit le phosphate de soude, à dose d'une cuillerée à thé, dissous dans un verre à vin d'eau chaude, avant chaque repas. Un des effets de cette médication est de rendre plus fluide le mucus épais et visqueux, et de s'opposer aux processus de fermentation qui se passent dans le duodénum, et qui tendent à entretenir le catarrhe. En outre, le phosphate de soude agissant sur l'intestin, amènera, par action réflexe, la contraction de la vésicule biliaire. C'est de cette manière que les cathartiques résineux font du bien dans la jaunisse. En coulant dans l'intestin, la bile délaye le mucus accumulé.

Dans un cas de ce genre se pose la question : doit-on prescrire les mercuriaux ? On s'accorde à les considérer comme contre-indiqués dans ces cas, quoique cependant le calomel puisse être prescrit. Il a été prouvé d'une manière péremptoire par l'expérimentation physiolo-

gique que le calomel, au lieu d'activer l'écoulement de la bile, le diminue effectivement. A plusieurs reprises, j'ai fait allusion à ces cas très importants de fistule biliaire qui ont été observés en Allemagne, et chez lesquels toute la bile coulait au dehors. Or on a remarqué que sous l'influence d'une forte dose de calomel il y avait diminution de la quantité de bile sécrétée, ce qui prouve que le calomel, loin d'être stimulant du foie, en est au contraire un sédatif. Ce fait est très important, et je désire que vous ne l'oubliez pas, vu que c'est précisément ce mode d'action qui rend le calomel si utile dans certaines maladies du foie. S'il n'y avait pas d'autres objections à son emploi dans le cas présent, je le prescrirais volontiers, mais nous avons d'autres médicaments qui sont tout aussi utiles que le calomel, sans en avoir les inconvénients. Le phosphate de soude, par exemple, remplit ici toutes les indications.

Il arrive souvent que dans ces cas nous avons à lutter contre le poison paludéen, et tant que celui-ci n'aura pas été efficacement combattu, tous les remèdes seront sans effet. Ce malade a déjà pris de cinq à dix grains de quinine, matin et soir, dans le but de combattre une complication paludéenne dont on pouvait raisonnablement soupçonner l'existence.

En second lieu il faut se débarrasser de la bile qui, circulant dans le sang, irrite la peau, ralentit les battements du cœur et abat plus ou moins les forces morales. Ce sont les diurétiques qui atteignent le mieux ce but. Le malade devra prendre—*ad libitum*—de la limonade à la crême de tartre ou au citron, de l'eau pure ou quelque eau minérale alcaline : Bethesda, Vichy, ou encore les eaux alcalines du Michigan, etc.

Comment se terminent ces cas ordinairement ? Ils peuvent se prolonger pendant plusieurs jours, mais ils sont tout à fait guérissables. Cependant il y a une raison qui milite en faveur d'une guérison aussi prompte que possible : c'est que l'obstruction ne peut durer un peu longtemps sans entraîner quelque lésion du foie, principalement du côté du tissu conjonctif interstitiel, d'où résulte un certain degré de sclérose qu'il ne faut pas confondre néanmoins avec la cirrhose ordinaire.—*College and Clinical Record.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De la tuberculose au point de vue chirurgical (1).—Dans notre dernière revue, nous nous sommes occupés des voies d'introduction, des portes d'entrée de la tuberculose dans l'économie et des diverses localisations autres que les localisations viscérales. Aujourd'hui, nous allons chercher a aborder la question, plus immédiatement pratique, de l'intervention chirurgicale dans les localisations externes de la tuberculose, de l'opportunité et des indications ou contre-indications de cette intervention.

La question est très complexe. Elle peut être considérée à deux points de vue différents : d'abord au point de vue de l'influence de la diathèse tuberculeuse sur les traumatismes en général et sur le trau-

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de février.

matisme chirurgical en particulier. Mais tout autre est la question de savoir s'il y a avantage ou danger à débarrasser l'économie d'une lésion tuberculeuse locale, alors que les viscères sont intacts et que l'affection n'est point encore généralisée.

De par l'expérience, l'idée de danger éloignée, restait à examiner si ce n'était pas un avantage réel et désirable que de débarrasser l'organisme d'un foyer local qui, abandonné à lui-même, pourrait tôt ou tard devenir le point de départ d'une généralisation du mal. Il n'y avait plus, dès lors, qu'à étudier les question d'indication ou de contre-indication d'agir, tirées des diverses autres sources d'information et de possibilité ou d'accessibilité des moyens chirurgicaux.

Bien des études sont encore à faire sur ce sujet, tant les conditions individuelles susceptibles d'influer sur la détermination du chirurgien sont variables. « Ce sont là, comme le disait M. Trélat, à la fin des leçons que nous rappelions dans notre dernière revue, des questions de chirurgie tellement grosses, et dans lesquelles la détermination est souvent si difficile, que, dans l'état actuel de la science, il n'y a point de règle, aucune loi qui puisse être formulée. »

Voyons cependant ce qui a été fait à cet égard depuis quelque temps et les enseignements qu'on en peut provisoirement retirer. Nous aurons pour nous guider dans ce rapide examen l'excellent travail que vient de publier récemment M. le docteur Paul Coudray, ancien aide d'anatomie de la Faculté et chef de clinique adjoint du service de M. Trélat, à la Charité, sous ce titre : *Conditions de l'intervention chirurgicale dans les localisations de la tuberculose.*

C'est dans les services de ses maîtres, MM. Lannelongue et Trélat, que M. Coudray a puisé l'idée de ce travail et les faits qui en constituent les matériaux.

De l'exposé historique de la question, M. Coudray arrive déjà d'emblée à quelques propositions générales qui peuvent se résumer ainsi :

A l'heure actuelle, l'intervention chirurgicale dans les localisations tuberculeuses est guidée par les considérations suivantes :

1° Enlever un foyer qui est ou qui va devenir une source de suppuration plus ou moins prolongée et qui tend à envahir les régions voisines ; 2° supprimer un foyer qui menace d'infecter l'économie ; 3° lorsque les lésions viscérales coexistent avec des lésions externes, rechercher quelle est la lésion qui domine ; si c'est la lésion viscérale, s'abstenir ; 4° les contre-indications sont : un état pulmonaire grave, des lésions tuberculeuses avancées ou ayant une évolution rapide ; les lésions de l'appareil urinaire, surtout si elles s'accompagnent d'albuminurie ; enfin tout état cachectique.

Mais entrons, avec l'auteur, dans quelques détails sur les tuberculoses locales principales.

Abcès tuberculeux simples.—Au moment présent, le traitement de choix de cette lésion est la destruction du foyer tuberculeux, soit par l'ablation complète, soit par l'ouverture et le grattage des parois du foyer seulement, suivant les conditions d'accessibilité.

L'ablation complète, lorsqu'elle est possible, réalise évidemment la meilleure condition de succès. Elle est l'objet d'une prescription formelle de la part de MM. Lannelongue, Trélat et Reclus. Néanmoins, ainsi que le fait remarquer avec beaucoup de raison, à notre avis, M. Coudray, si, en théorie, cette ablation totale doit être l'idéal des chirur-

giens, il y a quelques restrictions à y apporter dans la pratique. Cette ablation, facilement réalisable pour les tumeurs de petite dimension, limitées et superficiellement situées, devient une opération dangereuse et quelquefois même impraticable, lorsqu'on se trouve en présence de foyers profonds et affectant des rapports intimes avec les organes importants. On est forcément réduit, dans ces circonstances, à la pratique du grattage.

Quelle que soit l'opération pratiquée, doit-on ou non procéder à la réunion immédiate ? L'avis de M. Trélat est qu'il faut la rechercher toutes les fois que l'opération d'ablation ou de grattage a été suffisamment complète. Il va de soi que dans tous les cas la méthode antiseptique, lavage et pansement, est de rigueur, et qu'on recoure pour ce dernier à la solution phéniquée ou à la gaze iodoformée, ou pour le lavage, à la solution de chlorure de zinc.

Ostéite tuberculeuse et abcès ossifluents.—Etant admis que l'ostéite et la carie scrofuleuse, ainsi que les diverses variétés et états particuliers mal définis, désignés sous le nom d'infiltration, d'état huileux des os, d'altération gélatiniforme, ne sont aujourd'hui, d'après les recherches récentes de M. Lannelongue, celles confirmatives de M. Nélaton et de MM. Kiéner et Poulet, que des modalités d'une lésion ou d'un processus morbide unique, l'ostéite tuberculeuse, il y avait à chercher et à préciser autant que possible, au point de vue du choix de telle ou telle méthode d'intervention, quelles sont les différentes formes cliniques ou les différents types auxquels peuvent être ramenées les tuberculoses osseuses, relativement soit au siège, soit à la multiplicité des lésions. C'est ce qu'a tenté M. Coudray qui s'est cru fondé, en s'appuyant sur ses observations, à admettre quatre formes cliniques :

1° La tuberculose limitée siégeant sur un os unique, cas où s'impose l'indication d'enlever le mal par abrasion, rugination ou évidement ; 2° la localisation de la tuberculose dans une épiphyse au voisinage d'une grande articulation, deuxième type bien étudié par M. Lannelongue qui a montré que ces foyers épiphysaires devenaient habituellement l'origine de tumeurs blanches, d'où certaines incertitudes et difficultés au point de vue de la détermination de la méthode à faire intervenir. Dans une troisième catégorie rentrent les faits où il existe des lésions plus ou moins étendues sur deux os voisins, par exemple au niveau de l'avant-bras, au niveau des os de la jambe. Ici sont visés, non pas les cas bénins s'accompagnant de phénomènes peu accusés, dans lesquels une abrasion, un évidement superficiel, pourront avoir raison ou dont un traitement palliatif pourra aider la guérison, mais ces altérations étendues et profondes contre lesquelles il est urgent d'intervenir.

Enfin M. Coudray place dans une quatrième catégorie les cas, très fréquents dans la pratique, d'ostéites tuberculeuses siégeant dans des régions où plusieurs os sont contigus, telles que le carpe ou le tarse par exemple. Et, à ce propos, il signale des particularités de deux ordres : d'une part, l'incertitude de la limitation précise des lésions, soit du côté de l'os voisin ou de l'articulation contiguë, et, comme corollaire de cette dernière donnée, l'incertitude qui règne sur l'efficacité d'une intervention sur un os isolé. Cependant quelques observations, une entre autres, qu'il emprunte au service de M. le professeur Guyon, à Necker, montrent que, dans certains cas, on n'a affaire qu'à

une altération limitée à un seul os ou même à une partie seulement de cet os. Mais, par contre, les cas sont plus nombreux encore où les altérations, circonscrites en apparence, sont en réalité beaucoup plus étendues qu'on ne le supposait, et où l'on a vu, après la destruction des foyer seuls apparents, l'affection évoluer à nouveau sur place, s'étendre au-delà de ses limites primitives et gagner les articulations et les os voisins, défiant ainsi les efforts réitérés de l'intervention chirurgicale. Une observation du service de M. Tillaux montre toutes les difficultés que peuvent soulever de pareils cas.

Les abcès ossifluents, d'après la conception nouvelle formulée par M. Lannelongue qui fait remonter leur origine aux bourgeons charnus procédant de l'ostéite tuberculeuse, s'avançant dans les parties molles et se développant suivant le processus envahissant, déjà indiqué, des abcès tuberculeux, sont devenus aujourd'hui tributaires de l'intervention active de la chirurgie. Ouvrir l'abcès et détruire les parties accessibles de la paroi, ruginer et évider les lésions osseuses qui en ont été le point de départ, telle est aujourd'hui la doctrine chirurgicale en vigueur. Mais cette détermination est subordonnée à deux conditions : la première est celle de l'accessibilité de la lésion osseuse ; la deuxième a trait à la disparition possible, quoique rare probablement, de cette lésion, l'abcès périphérique persistant seul.

Ostéo-arthrites tuberculeuses (*tumeurs blanches*).—C'est encore M. Lannelongue qui a ouvert ici la voie aux interprétations et aux méthodes nouvelles de traitement des tumeurs blanches auxquelles il a proposé de substituer la dénomination d'ostéo-athrites tuberculeuses.

Dans la première période, alors que l'articulation ne fait qu'éprouver les premières atteintes du mal, comme tous les chirurgiens d'ailleurs, il continue à conseiller le traitement ordinaire de conservation et d'expectation : immobilité, compression, etc.

Dans la deuxième période, quand s'est formé un abcès extérieur à l'articulation, il ne craint pas d'ouvrir l'abcès, de le gratter et de pratiquer l'évidement ou la résection partielle des parties osseuses malades, en y joignant, quand cela est nécessaire, l'ouverture plus ou moins large de l'articulation.

Les règles établies par M. Lannelongue s'appliquent surtout aux tumeurs blanches des enfants. Les faits sont un peu différents pour les adultes. Les observations que rapporte M. Coudray, et qui sont empruntées, les unes à M. Nicaise, les autres à M. Trélat et à M. Tillaux, montrent, en effet, que chez les adultes les interventions sont moins bénignes. Ici, il y a à tenir compte de considérations d'ordre différent, telles que l'âge, l'état général, le siège, conditions qui tantôt se réunissent pour fournir une indication simple, facilement appréciable, tantôt au contraire se disjoignent et fournissent alors les éléments d'un jugement plus difficile. Elles sont toutes relatives à des arthrites tuberculeuses chez des sujets dans des conditions d'état général ordinairement bon, mais dont les lésions locales, qui avaient résisté au traitement conservateur, dénotaient une désorganisation articulaire assez avancée pour avoir nécessité, les unes des résections, les autres des amputations : la guérison en a été le résultat. Quant aux opérations partielles de l'évidement et du raclage, M. Coudray n'ayant pas été à même d'en observer personnellement, ne porte sur elles qu'un jugement, un peu de sentiment, fondé du reste sur des analogies. Il en craint ou l'insuffisance ou les dangers.

Adénites tuberculeuses.—Trois observations d'adénite tuberculeuse, l'une de la région inguinale, la deuxième de la région axillaire et la troisième de la région sous-maxillaire, opérées avec succès par M. Trélat —deux par le grattage et une par l'extirpation à l'aide du bistouri,— rapprochées des observations de M. Bouilly, que nous avons rappelées dans la précédente revue, et d'autres dont nous n'avons pas en ce moment le souvenir précis dans l'esprit, paraissent de nature à justifier la doctrine de l'intervention appliquée à ce genre de lésion, telle que l'a formulée M. Trélat. Elle consiste : 1° à intervenir quand les tumeurs sont encore bien limitées et ne déterminent aucun accident de compression ; 2° à intervenir quand les adénites tuberculeuses, rebelles au traitement général, prennent une marche envahissante redoutable ou même simplement menacent de s'ouvrir à l'intérieur : il faut recourir alors au grattage et non à l'extirpation par le bistouri.

Tuberculose testiculaire.—On connaît l'histoire que M. Reclus a faite de cette tuberculose et les discussions dont elle a été le sujet à la Société de chirurgie. Ici les faits abondent et sont en général favorables à l'intervention. Mais encore y a-t-il des distinctions à faire, des catégories à établir et des contre-indications à prendre en considération. Résumons ici les conditions formulées par M. Reclus, et auxquelles se rallie sans réserve M. Coudray.

Deux conditions doivent être examinées dans le traitement du testicule tuberculeux. Dans un premier cas, la manifestation testiculaire n'est qu'un épiphénomène d'une tuberculose généralisée ou avancée des poumons ou des reins. Ici le traitement chirurgical ne peut être que palliatif.

Dans un deuxième groupe de faits, la localisation testiculaire constitue la lésion unique et principale. Il est de ces cas où le traitement général, employé seul, amène la guérison ; lorsque ce traitement général reste insuffisant, il faut intervenir. L'épididyme est-il seul atteint, il faut se borner à ouvrir un abcès formé et à cautériser les parois ; mais lorsque la lésion a atteint le testicule d'une manière étendue et grave, il y a lieu de procéder à la castration. On enlève ainsi une source d'infection et on obtient le relèvement de l'état général.

Voici, en résumé, les conclusions principales que M. Coudray déduit de tous les faits passés en revue dans son travail, conclusions qui nous paraissent exprimer assez justement l'état actuel de la question et que l'on peut admettre, au moins à titre provisoire.

D'une manière générale, les tuberculoses externes n'exigent d'intervention que lorsqu'elles ne présentent pas de tendance spontanée à la guérison, tendance, il faut le dire, qui est exceptionnelle.

La formation des foyers secondaires consécutivement aux opérations peut être considérée comme un fait rare. La doctrine de l'auto-inoculation n'est pas un argument contre l'intervention.

Ce n'est pas dès que la lésion tuberculeuse devient une cause d'épuisement, mais avant qu'elle le devienne, qu'il faut l'enlever.—*Gazette des hôpitaux.*

Paracentèse du péricarde.—M. S. West rapporte à la Société médico-chirurgicale de Londres un cas de péricardite purulente chez un enfant de seize ans, qui, après avoir été ponctionné deux fois, nécessita

une large incision. La guérison était complète au bout de cinq semaines. De l'examen des cas publiés jusqu'ici, M. West tire les conclusions suivantes :

1° La paracentèse du péricarde est non seulement une opération justifiable, mais elle peut même être pratiquée sans danger ; elle n'a par elle-même causé la mort que dans un cas ;

2° Le point le plus favorable pour la ponction est habituellement le cinquième espace intercostal gauche, à un pouce du sternum, ou le sixième espace s'il y a des adhérences de la plèvre ;

3° On peut faire ou non l'aspiration ;

4° On peut pratiquer la paracentèse non seulement dans les cas où l'épanchement est primitif, mais aussi à la période ultime des maladies hydropigènes, lorsque le liquide péricardique gêne manifestement le fonctionnement du cœur ;

5° La péricardite purulente doit être traitée d'après les mêmes règles générales que l'empyème :

6° On peut avec sécurité ouvrir et drainer le sac péricardique ;

7° Ce traitement est d'ailleurs le seul qui offre quelques chances de réussite ;

8° Les résultats sont plus favorables que dans l'empyème, à cause de la facilité plus grande avec laquelle se fait l'oblitération.—*Brit. Med. Journal.*

Diagnostic différentiel du cancroïde et du chancre syphilitique de la lèvre inférieure.—Clinique de M. le professeur HEURTAUX à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

Je me propose de faire avec vous le diagnostic différentiel de l'épithéliome et du chancre induré de la lèvre inférieure.

Vous m'avez vu opérer, il y a quelques jours, à la salle n° 7, un malade qui a quitté hier notre service. Ce malade, âgé de 49 ans, d'une bonne santé générale, nous avait raconté qu'il y a deux mois et demi environ, il avait vu se développer, sur sa lèvre inférieure, au voisinage de la commissure droite, une petite élevure. L'élevure s'était ulcérée, l'ulcération s'était étendue et, quand nous vîmes le malade pour la première fois, elle mesurait 1 centimètre de long sur 5 millimètres de large. Sa surface était bourgeonnante et reposait sur une base ferme, de consistance cartilagineuse.

En raison même de la date récente du début, il y avait lieu de se demander tout d'abord si nous avions affaire à un épithéliome ou à un chancre induré. Cette question doit vous venir à l'esprit et vous devez la résoudre dans tous les cas semblables. C'est pour ne se l'être pas posée, ou tout au moins pour l'avoir mal résolue, que des médecins et des chirurgiens distingués sont tombés quelquefois dans de fâcheuses méprises. Pour ma part, j'ai pu constater cinq ou six erreurs de cette nature—trois de ces faits se sont produits à Paris même— et ce sont les manifestations ultérieures de la syphilis qui permirent de rectifier le premier diagnostic.

C'est pendant mon externat, dans le service de Ricord, que j'observai la première erreur de ce genre. Un jeune homme de 22 ou 23 ans était entré à l'hôpital pour des accidents syphilitiques secondaires. Il niait toute espèce de chancre. Ricord lui-même, par des recherches attentives, n'avait trouvé aucune trace de l'accident primitif ni à la

verge, ni à l'anus, quand, examinant la bouche, il vit à la lèvre inférieure une petite cicatrice linéaire et verticale. Interrogé sur ce qu'il avait eu de ce côté, le malade raconta que, trois mois auparavant, un chirurgien des hôpitaux de Paris l'avait opéré, par le bistouri, d'un *cancroïde* dont il était atteint depuis un mois environ.

Ricord se basant sur l'âge du malade, et d'autre part, sur la concordance des dates d'apparition du prétendu épithéliome et des accidents syphilitiques secondaires, conclut que la lésion de la lèvre n'était autre chose qu'un chancre induré.

La seconde fois c'était à la Pitié. Le malade était un homme de 55 à 60 ans, que des accidents secondaires amenaient également à l'hôpital. Chez celui-ci, comme chez le premier, le chancre avait passé inaperçu : la verge, l'anus ne gardaient pas trace de cicatrice ; mais ce malade avait été, lui aussi, opéré deux mois auparavant d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

La troisième fois, ce n'est plus à la lèvre, mais à la verge que siégeait le mal.

Un homme, d'un âge respectable, entre dans un service de chirurgie avec une large ulcération du prépuce. A cause de l'âge et du récit du malade, on diagnostique un épithéliome, on l'enlève... et, quelques semaines après, les accidents secondaires venaient redresser, mais un peu tard, le diagnostic erroné.

Depuis mon retour à Nantes, j'ai pu constater deux erreurs semblables. Dans l'un de ces cas, le chancre n'occupait pas précisément la lèvre inférieure ; il était situé entre cet organe et le menton, et pouvait bien avoir pour origine une blessure causée par un rasoir contaminé. Le malade, que la nature de ses occupations conduisait à de fréquents voyages, avait souvent recours à des barbiers dont la propreté n'était pas toujours indiscutable. Quoi qu'il en soit, il s'était développé au-dessus du menton, à droite, une ulcération qu'on avait prise pour un épithéliome. C'était un chancre induré qui guérit sans opération, sous la seule influence du traitement anti-syphilitique.

Je pourrais multiplier les exemples. Vous le voyez, Messieurs, les erreurs de ce genre sont assez nombreuses, les chirurgiens les plus expérimentés s'y sont laissé prendre et ce n'est pas sans raison que j'appelle aujourd'hui avec tant d'insistance votre attention sur ce point.

Les erreurs contraires sont possibles, mais moins fréquentes. Rarement on a pris un épithéliome pour un chancre.

Le siège du mal ne vous sera d'aucun secours dans votre diagnostic différentiel : le chancre induré se voit partout.

Dans le cas particulier qui nous occupe en ce moment, nous avons immédiatement rejeté l'idée d'une ulcération spécifique. Les caractères de l'ulcération n'étaient point ceux d'un chancre induré, et il n'existait aucun engorgement ganglionnaire. Ces deux ordres de signes méritent d'être pris en sérieuse considération.

Le chancre de la lèvre ou du menton, supporté par une base dure, coriace, présente une surface lisse, luisante, humide, qui n'est ni lobulée, ni sinueuse, ni bourgeonnante, et qui ressemble assez à une surface tégumentaire saillante dépouillée de son épithélium—à la condition qu'aucune application caustique ne l'ait défigurée.—Or, chez notre malade, nous avions une surface inégale, anfractueuse, bourgeonnante.

Mais ce qui est vraiment caractéristique du chancre, c'est l'état des

ganglions voisins qu'on trouve, en nombre variable, engorgés, mobiles et indolents. Dans l'épithéliome récent, l'engorgement ganglionnaire est d'une rareté inouïe. Assurément, quand l'épithéliome est de date ancienne, il n'est pas sans retentissement sur l'état ganglionnaire, et vous avez pu me voir, à la fin de janvier dernier, enlever un ganglion cervical à un homme de 58 ans, dont le cancroïde remontait à trois ans. Mais alors l'âge même de l'affection vous indique sa nature et vous permet d'établir votre diagnostic sans hésitation.

Ainsi donc, Messieurs, sans qu'il me faille insister davantage sur son aspect, quand vous serez consultés pour une ulcération de la lèvre inférieure de date récente et que vous trouverez les ganglions du voisinage engorgés, arrondis, mobiles et indolents, sans vous hâter de conclure, croyez néanmoins à un chancre. Abstenez-vous de toute application locale irritante, prescrivez le traitement anti-syphilitique et observez avec attention votre malade. Soyez convaincus que, dans un intervalle qui variera de trois semaines à trois mois, vous verrez apparaître la roséole caractéristique qui achèvera de vous édifier sur la véritable nature de la maladie. Rappelez-vous aussi que, lorsqu'il s'agit d'un sujet jeune, les probabilités en faveur du chancre sont infiniment plus grandes, l'épithéliome de la lèvre étant d'une rareté extrême avant l'âge de 30 ans.

Le chancre n'est pas la seule lésion syphilitique qui puisse tromper le chirurgien. Les accidents tertiaires ont été quelquefois pris pour des tumeurs de toute autre nature, et pour ma part j'ai connaissance de plusieurs faits semblables. Moi-même je m'y suis laissé prendre dans une circonstance que je dois relater en quelques mots.

Je me souviens qu'un jour, un marin, d'une quarantaine d'années, vint me consulter pour une tumeur qu'il portait à la partie inférieure droite de la poitrine, Cette tumeur, à peu près circulaire, saillante, lisse, de consistance ferme, reposant sur une surface dure et immobile, semblait avoir englobé dans sa masse deux et trois des dernières côtes. Le malade me raconta, et sa femme qui l'accompagnait confirma son récit, que dix-huit mois auparavant, il était tombé sur le bord de son bateau et qu'au niveau du point contus, quelque temps douloureux, s'était graduellement développée dans la suite la tumeur que je viens de décrire. Je diagnostiquai un sarcome, inopérable à cause de ses connexions profondes, et je prescrivis ce médicament qui, malgré l'abus qu'on ne craint pas d'en faire, rend parfois de si grands services : l'iodure de potassium.

La femme m'interrogea alors à part au sujet d'une opération à tenter. Je lui dis que je croyais toute intervention impossible. Elle m'avoua à ce moment que l'un de mes collègues, consulté le jour même, avait été d'un avis contraire et conseillait l'opération. Vous le voyez, Messieurs, malgré cette divergence de sentiments sur l'utilité d'une intervention, mon collègue et moi n'avions aucunement songé à la syphilis.

Aussi quel fut mon étonnement quand, un an après, ce même marin vint me consulter de nouveau, non plus pour sa tumeur costale qui, sous l'influence de l'iodure de potassium, avait rapidement disparu, mais pour une orchite syphilitique. J'instituai le même traitement. Le testicule fondit, mais le malade se rétablit promptement.

J'avais donc eu affaire à la syphilis qui, combattue un instant, reprenait son évolution.

Le fait est étrange assurément; car quels éléments dans cette région ont pu être altérés par la syphilis au point de donner lieu à la formation d'une tumeur aussi volumineuse? Sans doute il s'agissait d'une ostéo-périostite occupant trois ou quatre côtes voisines, avec extension du travail inflammatoire dans les couches celluleuses adjacentes. Tout cela constituait une masse compacte simulant une production maligne.

En tous cas, Messieurs, et pour en revenir à notre sujet, votre hésitation devant un épithéliome de la lèvre inférieure ne sera jamais de longue durée; mais prenez soin, pour éviter des erreurs regrettables, de toujours songer à la possibilité d'un chancre avant d'arrêter votre diagnostic, et surtout avant d'intervenir.—*Gazette médicale de Nantes.*

Pansement des amputations du sein.—Discussion à la *Société de chirurgie.*

M. Lucas-Championnière.—La réunion immédiate des plaies consécutives à l'amputation d'un sein cancéreux n'est pas admise par tous les chirurgiens, même par ceux qui sont partisans du pansement de Lister. M. Mouchez (de Sens) vient de nous donner un nouvel argument en faveur de cette réunion, en nous envoyant 11 observations de tumeurs du sein, souvent fort graves, qui furent toutes réunies, et qui guérirent rapidement et sans encombre.

Il va sans dire que j'approuve de tous points la conduite de M. Mouchez; j'estime, moi aussi, que la réunion immédiate doit être tentée au sein comme ailleurs, toutes les fois que la perte de substance n'est pas telle que le rapprochement des parties est absolument impossible.

Il est certain, toutefois, que la réussite de semblables réunions dépend des chirurgiens. Il faut tout d'abord que l'antisepsie de la plaie soit pratiquée de la manière la plus rigoureuse; lorsqu'on a vidé l'aisselle, il faut avoir soin de n'y laisser aucune cloison celluleuse ou autre: on doit faire des sutures profondes et des sutures superficielles L'affrontement des lèvres de la plaie doit être aussi exact que possible; il faut passer dans la partie déclive de la plaie un gros tube de caoutchouc dont le calibre ne puisse s'effacer, et que l'on enlève très peu de temps après l'opération. Le premier pansement doit être très large, il faut qu'il soit assez fortement compressif.

Si malgré ces précautions la réunion manquait, cela n'aurait aucune conséquence grave; encore est-il que même dans les cas défavorables, une partie de la réunion se maintient. Mais, le plus souvent, la réunion est incomplète, et la guérison de la malade ne demande pas plus de huit jours.

Il est impossible de dire si la réunion immédiate prévient plus souvent la récidive que la réunion secondaire. J'ai cependant beaucoup de tendance à croire que cette récidive se trouve retardée avec la réunion immédiate.

M. Verneuil.—Je me déclare hostile à toute espèce de réunion immédiate des plaies d'amputation du sein, et j'imite en cela beaucoup de chirurgiens qui, après avoir réuni ces plaies pendant une partie de leur vie, ont abandonné cette pratique, sauf lorsqu'il s'agit de toutes petites tumeurs bénignes dont l'ablation ne laisse après elles qu'une plaie insignifiante.

La réunion des plaies dont il s'agit présente de grands dangers.

Cette réunion, ainsi que l'a dit Chassaignac, ainsi que l'a reconnu

M. Trélat, est plus difficile au sein que partout ailleurs, et cette difficulté d'exécution constitue à mes yeux un premier et très sérieux argument contre cette méthode de pansement.

Les cas où cette réunion est impossible, c'est à-dire ceux dans lesquels la plaie ayant 12 à 15 centimètres de large les bords ne peuvent se rapprocher quelles que soient les tractions exercées sur eux, sont très fréquents. Pour remédier à cet inconvénient, on est porté fatalement à faire des opérations parcimonieuses; or, ces opérations exposent plus que toute autre à la récidive rapide.

M. Lucas-Championnière pense que la réunion immédiate de la plaie met plus facilement à l'abri de la récidive que la réunion par bourgeonnement. Je crois le contraire, et je n'en veux pour preuve que ce fait de la très grande rareté des récidives locales parmi les femmes opérées dans mon service.

En ce qui concerne la guérison de la plaie opératoire, voici une statistique faite par mon interne, M. Valde, qui prépare en ce moment un travail sur ce sujet. Elle prouve la bénignité très grande de l'opération en tant que traumatisme.

Sur 35 opérées, tant à l'hôpital qu'en ville, j'ai eu 1 décès, celui d'une femme dont le cancer avait eu une marche particulièrement rapide. Je crois qu'elle avait un foyer cancéreux dans un organe profond.

A côté de ces faits, je puis ajouter cette considération que parmi mes opérées non réunies, je n'ai eu ni érysipèle, ni autre complication opératoire. Le seul érysipèle pour amputation du sein que j'ai observé est relatif à une jeune fille opérée pour un petit adénome. Comme la plaie était fort petite, je me crus autorisé à réunir. Mal m'en a pris, comme vous le voyez.

Les cas de ce genre seront très rares à l'avenir; je préférerai exagérer ma tendance à repousser la réunion immédiate, plutôt qu'à me rapprocher de ceux qui adoptent cette méthode.

La cure est longue, m'objecte-t-on, lorsque vous ne réunissez pas. Cette longueur du traitement est incontestable. Lorsque j'ai dû fouiller l'aisselle, les plaies mettent deux mois, en moyenne, pour arriver à cicatrisation complète, mais il faut bien savoir que les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, et que vers la troisième semaine, il ne leur reste plus qu'une belle plaie bourgeonnante qui ne les empêche pas de retourner dans leurs foyers.

Or, que voyons-nous avec la réunion immédiate? Lorsqu'elle réussit, les malades peuvent se lever dès le quinzième jour, pas avant, comme dans le cas précédent, et presque toujours il leur reste soit un trajet, soit une portion de leur plaie qui ne s'est pas réunie, et dont la guérison définitive est également très longue.

Le mode de pansement que j'ai adopté est le pansement antiseptique ouvert.

M. Desprès.—Je suis heureux de voir M. Verneuil reprendre les opinions soutenues par Velpeau et Nélaton relativement au pansement des tumeurs du sein. Ces opinions, je les ai soutenues au moment de la discussion sur le pansement antiseptique, et je n'ai pas changé d'avis depuis cette époque.

La réunion immédiate à la suite des amputations du sein est un trompe l'œil: on considère la guérison comme définitive au bout de

quinze jours, mais on oublie, comme le disait fort bien M. Verneuil, un trajet fistuleux ou une plaie suppurante qui n'est cicatrisée que longtemps après.

J'ai opéré deux malades atteintes de récidive à la suite d'une amputation pour laquelle MM. Leriche et Nélaton avaient tenté la réunion immédiate. J'appris d'elles qu'elles n'avaient été considérées comme guéries que du vingt-deux au vingt-cinquième jour, et que dans le fait elles ne purent s'habiller comme tout le monde que du trente-cinquième au quarantième jour.

La récidive sans réunion se produit généralement entre la première et la seconde année, elle est plus rapide après la réunion immédiate, parce que les chirurgiens qui pratiquent cette méthode de pansement ne font jamais de perte de substance assez grande.

La réunion par première intention prédispose aux érysipèles en raison du tiraillement des lèvres de la plaie. Sur les douze femmes que j'ai opérées cette année, pas une n'a eu d'érysipèle. Je n'ai pas observé non plus un seul cas d'infection purulente ; or, M. Polaillon, qui fait la réunion, a publié récemment une observation de cette nature.

Mon pansement est toujours le même, il consiste à mettre sur la plaie de la charpie et du cérat.—(*A suivre*).—*Médecin praticien.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Quelques mots sur la délivrance dans l'accouchement à terme et dans l'avortement aux premiers mois de la grossesse.— Nos lecteurs trouveront sans doute intéressant de rapprocher les règles proposées par le Dr. Paul F. Mundé dans le traitement de la troisième période du travail (UNION MÉDICALE DU CANADA, février 1885, page 77), des conseils suivants que, dans le *Praticien* des 12 et 19 janvier dernier, M. le Dr L. Hamon de Fresnay propose aux jeunes médecins dans des cas analogues.

Ces jours derniers j'ai été appelé, par un jeune confrère, pour extraire un placenta soi-disant adhérent. L'accouchement datait de vingt-quatre heures, et ne s'était effectué, naturellement, qu'après un égal laps de temps. Il s'agissait d'une jeune primipare.

Mon premier soin fut d'oindre largement ma main avec de l'axonge.

Cette précaution prise, je pénétrai doucement, avec le moins de violence possible, au sein de l'utérus, où je trouvai l'arrière-faix parfaitement détaché. Je n'eus donc aucune peine à l'entraîner à pleine main, ainsi que les membranes.

La rétention du délivre n'était due qu'à une inertie de l'organe gestateur, inertie résultant sans doute de la prolongation du travail.

Ce fait m'en remet en mémoire un autre analogue. Ce ne fut qu'au bout de *soixante-six heures* que je fus appelé pour opérer l'extraction du délivre. Ainsi que dans le cas qui précède, un jeune confrère avait exercé sur le cordon des tractions qui n'avaient abouti qu'à en amener la rupture, L'utérus, tombé dans l'inertie, n'avait pu suffire pour expulser l'arrière-faix.

Dans les deux cas que je viens de rappeler sommairement, la rétention du délivre n'a eu, pour les nouvelles accouchées, aucune suite

fâcheuse. Mais il eut pu en être autrement. Il faut donc se mettre à l'abri des conséquences qui peuvent résulter de la présence, au sein de l'utérus, d'un corps étranger dont la putréfaction est très rapide.

En pareil cas, la ligne de conduite est toute tracée. Il ne faut pas craindre d'opérer à temps la délivrance artificielle.

Le professeur Pajot donne le conseil suivant, qu'il résume en peu de mots: pour effectuer la délivrance, il suffit de *tendre* (tirer sur le cordon) et d'*attendre*.

Je suis loin, pour mon compte, de partager cette manière de voir.

En *tendant*, on s'expose fort à rupturer la tige funiculaire, si souvent dénuée de consistance.

En *attendant*, on court risque d'avoir plus tard à lutter contre une constriction spasmodique de l'orifice cervical,

Quant à moi, j'ai l'habitude de procéder d'une toute autre façon.

Au bout de dix à quinze minutes, je pratique une exploration digitale. Le plus ordinairement, je constate que le placenta est plus ou moins engagé au travers de l'orifice. Il n'est pas bien difficile alors d'en effectuer l'extraction, soit en tirant sur le cordon dans le sens le plus convenable, soit en saisissant, avec les doigts, les cotylédons placentaires qui se présentent.

Si, au bout d'une demi-heure, ces manœuvres, combinées avec l'*expression utérine*, restent sans effet, je n'hésite nullement à pénétrer à pleine main au sein de l'utérus. La voie à ce moment est largement ouverte. Il ne faut pas laisser au col le temps de se fermer. Les femmes, après les cruelles douleurs de la parturition, ne souffrent pas trop de ces manœuvres qui leur sont présentées comme indispensables, en vue de leur propre sécurité.

L'extraction une fois opérée, mais *alors seulement*, il ne faut jamais manquer de faire une injection sous-cutanée avec une solution d'ergotinine.

Ceci m'amène naturellement à dire quelques mots de la délivrance dans les cas *d'avortement se produisant au cours des trois ou quatre premiers mois de la grossesse.*

On peut distinguer deux phases dans l'avortement: la première (*hémorrhagique*), constituée par une perte de sang plus ou moins abondante; la seconde (*incarcérative*), concernant la rétention, l'incarcération du délivre.

Chacune de ces phases comporte un traitement spécial.

I. Celui que je mets presque uniquement en œuvre pour la première phase est on ne peut plus simple.

Après avoir évacué les caillots qui se trouvent dans le vagin, j'y introduis mon *ballon hydrostatique* que je gonfle avec de l'eau. La quantité de liquide à injecter varie de un à deux grands verres, *jusqu'à sentiment de plénitude accusé par la malade.*

L'injection effectuée, le robinet d'occlusion fermé, il n'y a plus qu'à attendre. L'hémorrhagie se trouve généralement réprimée par le fait de la compression mécanique du col, et, au bout d'un temps qui varie de 6 à 12 heures, il est rare qu'en enlevant le ballon on ne trouve pas le délivre tombé dans le vagin.

Les cas où ce mode de traitement, employé en temps opportun, ne produit pas les meilleurs effets, sont exceptionnels.

II.—Les soins que comporte la seconde phase sont de toute autre nature.

L'accoucheur n'a pas été appelé en temps opportun. L'hémorrhagie a cessé, ou, sinon, elle ne présente plus un caractère aussi effrayant. Elle est constituée par un suintement sanguin qui devient surtout inquiétant par sa persistance, par l'expulsion de quelques caillots.

En de telles conditions, l'emploi du ballon cesse d'être indiqué. Il faut en venir à une action intra-utérine.

Plusieurs fois je me suis bien trouvé de pratiquer une injection intra-utérine à fort jet. L'irrigation Eguisier peut, à cet effet, être utilisé avec avantage.

Cette projection d'eau chaude excite l'organe gestateur et détermine promptement des contractions expulsives.

Un autre mode qni convient surtout lorsque l'accident remonte plus loin, et que la plus grande partie du délivre a été éliminée, c'est l'injection d'eau chaude, effectuée à l'aide de la sonde utérine à double courant.

On pratique, à l'aide de cet instrument, deux, trois ou quatre injections chaudes chaque jour, jusqu'à évacuation des derniers débris du délivre, du dernier caillot sanguin. On est certain du succès de ce mode de traitement lorsque le liquide injecté revient clair et transparent par le conduit afférent de la sonde et par l'orifice cervical plus ou moins béant, car il est rare qu'il s'applique exactement sur l'instrument qui le traverse.

Les injections doivent être faites à l'aide du spéculum qui permet de bien s'assurer du retour du liquide.

A côté de ce traitement local il convient d'instituer concurrement le traitement général, consistant dans l'emploi des stimulants (vins, cognac, liqueurs) pour relever et soutenir les forces, dans le recours aux injections sous-cutanées d'une solution d'ergotinine au 1/10, etc.

De l'analgésie des voies génitales obtenue par l'application locale de la cocaine, pendant le travail de l'accouchement, par le Dr Doléris.—De nombreuses tentatives ont été faites pour atténuer ou supprimer la douleur ressentie par les femmes pendant l'accouchement, et j'ai entrepris, avec la collaboration de M. Dubois, des essais d'analgésie chez les femmes en travail, à l'aide de la cocaïne. Les observations ont été relevées avec la plus scrupuleuse attention tantôt par moi, tantôt par M. Boisleux, externe à la clinique d'accouchements, et tantôt par l'une des maîtresses sages-femmes. Nous nous sommes servis d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4/100°, et de pommade à l'axonge au même titre. Nos expériences ont porté sur 8 femmes. Dans 6 cas, le résultat à été très net. Je ne puis ici qu'enrégistrer les faits généraux sans entrer dans les détails. J'ai constaté que les primipares, chez lesquelles la dilatation du col déterminait des souffrances considérables, au point que la femme poussait des cris continuels, au moment des contractions, ont été subitement calmées après une ou deux minutes de badigeonnage du col avec la cocaïne. Chez d'autres, arrivées à la période d'expulsion, et que la douleur immobilisait à chaque contraction de l'utérus, la souffrance a été diminuée au point que, selon leur dire, elles ne souffraient plus que dans le bas ventre et ne redoutaient plus de pousser à la volonté de celui qui les assistait. Je n'ai enrégistré ces résultats que parcequ'ils m'ont paru nets, et tellement évidents

qu'il n'y a aucun doute à conserver sur l'action analgésique du médicacament. L'effet a été surtout évident dans la dernière phase du travail.

Chez les deux dernières femmes, l'épreuve a été sinon tout-à-fait négative, au moins très peu probante.—*Paris médical.*

Médication intra-utérine. — La question de la médication intra-utérine et des médicaments que l'on peut introduire dans la cavité de la matrice a donné récemment lieu à des discussions animées. A la dernière réunion de l'*Association médicale britannique*, le Dr Lombe Atthill a lu à ce sujet une note dont voici les conclusions.

1. L'acide carbolique dans la proportion de *deux* parties pour *une* d'alcool est le médicament le plus sûr et le plus généralement utile que l'on puisse employer.

2. L'acide carbolique devrait toujours être appliqué au moyen d'un stylet dont la pointe est munie d'un bourdonnet d'ouate et que l'on introduit jusqu'au fond de l'utérus au moins à deux reprises chaque fois que l'on applique le remède, ce qui doit se faire tous les trois ou quatre jours jusqu'à amélioration marquée.

3. On ne doit jamais injecter l'acide carbolique dans la cavité utérine, si ce n'est combiné à l'iode, sous forme de phénol iodé.

4. En beaucoup de cas, le phénol iodé peut, avec avantage, être appliqué au moyen d'un stylet.

5. Dans les cas où se montre de la métrorrhagie ou de la ménorrhagie due à un état morbide de la muqueuse intra-utérine, avec dilatation de la cavité et hypertrophie de la matrice, il y a grand avantage à injecter de une demi-drachme à une drachme de phénol iodé.

6. Dans le cas d'épithélioma de la muqueuse intra-utérine, l'injection de phénol iodé promet de meilleurs résultats qui toute autre méthode de traitement.

7. Le succès qui doit vraisemblablement suivre cette injection de phénol iodé rend moins souvent nécessaires qu'autrefois la dilatation de l'utérus, l'emploi de la curette et l'application subséquente d'acide nitrique fumant.

8. L'injection de phénol iodé doit être faite avec un soin extrême, jamais avec une seringue contenant plus d'une drachme.

9. L'usage de l'acide nitrique fumant doit, en règle générale, être limité aux cas chez lesquels on a pratiqué la dilatation, et on devra toujours appliquer l'acide à travers un tube introduit dans le col pour protéger les parties voisines du contact de l'acide.

10. La douleur produite par une application médicamenteuse quelconque sur la cavité utérine n'est pas en rapport avec l'activité du médicament, mais est due à l'une ou l'autre de ces deux causes : soit à l'hyperesthésie, soit à un rétrécissement du canal du col, surtout de l'os interne.—*Phil. Med. and Surg. Reporter.*

Rétroversion et rétroflexion utérines, raccourcissement des ligaments ronds ou opération d'Alexander.—On connait la diversité des déplacements de l'utérus et les nombreux moyens et opérations qui ont été essayés pour y porter remède. Enhardi par la sécurité des procédés chirurgicaux modernes, M. le Dr Alexander, de Liverpool, pour remédier au genre de déplacement dont il s'agit, a proposé de prati-

quer le raccourcissement des ligaments ronds, de façon à attirer le fond de l'utérus en avant ou en haut, et à le maintenir dans cette position, soutenu qu'il est par la sangle ainsi formée. Le Dr Adams, de Glasgow, serait le premier inventeur de cette opération qui a déjà reçu ses applications avec succès. L'expérience a permis à l'auteur de modifier son procédé opératoire et de formuler les conclusions suivantes :

1o Il est inutile de se priver des avantages de l'antisepsie et préférable d'obtenir une cicatrisation aussi prompte que possible.

2o La portion du ligament rond attirée au dehors ne doit pas être repliée dans la blessure, mais excisée. Solidement fixée par les ligatures, tandis que l'utérus est supporté par un pessaire, l'extrémité libre ne court aucun risque d'être attirée dans la cavité abdominale et contracte rapidement des adhérences.

3o On arrive plus facilement à sentir avec le doigt le bord de l'anneau inguinal et à sortir l'extrémité du cordon en se tenant du côté que l'on est en train d'opérer.

4o Contrairement à la recommandation du Dr Alexander, M. Adams trouve qu'il est plus facile d'isoler le ligament rond en le saisissant avec une pince à mors larges. Dans un cas où il s'est servi des doigts, le ligament s'est rompu et il a dû aller le chercher en ouvrant le canal inguinal.

M. Georges Elder, de Nottingham, a pratiqué cette opération avec succès, et Burton, de Liverpool, depuis un an, a pratiqué 14 fois l'opération d'Alexander, 11 ou 12 fois pour des rétroflexions, une fois pour un prolapsus avec cystocèle chez une vierge, une fois pour un prolapsus complet chez une femme agée. Les résultats ont été tels qu'il regarde cette opération comme indiquée complètement dans tous les cas où les moyens de contention ordinaires sont sans effets.

Alexander, l'auteur du procédé mis en pratique, dit :

1o Les ligaments ronds ont une structure délicate et sont difficiles à trouver. Ce sont là des conditions qui peuvent faire échouer les chirurgiens et vis-à-vis desquelles on ne saurait trop prendre de précautions.

2o Il faut que l'adhérence des ligaments à la cicatrice soit complète avant qu'il soit permis aux malades de se lever. Aussi faut-il les laisser longtemps au lit, quel que soit l'aspect de la plaie extérieure, sous peine de perdre tous les bénéfices de l'opération.

3o Cette opération a pour but de replacer et de maintenir l'utérus dans sa position normale. Il n'est jamais entré dans la pensée de l'auteur de promettre, par ce moyen, la disparition des symptômes nerveux que l'on suppose en rapport avec le déplacement, pas plus que la cure du cystocèle ni de beaucoup d'autres maladies, comme on a semblé le croire.

Comme on le voit, on trouve dans cette opération le moyen de remédier à bon nombre d'infirmités au-dessus des ressources ordinaires, quand des complications ne viennent pas la contre-indiquer ou compromettre son succès.—*Scalpel.*

Gerçures du mamelon chez les nouvelles accouchées. — On sait combien sont pénibles et difficiles à guérir les ulcérations du mamelon chez les personnes obligées d'allaiter leurs enfants. Nous en avons vu maintes fois tellement réduites par les souffrances, qu'elles sem-

blaient complètement épuisées. Un moyen capable d'amender cet état et surtout de le guérir recevra les bénédictions de ces malheureuses. Or, il paraît que c'est encore au chlorhydrate de cocaïne qu'il faut s'adresser, si l'on doit en croire le docteur A. Marfan, qui l'affirme dans le journal de *Thérapeutique contemporaine*. Il écrit :

Notre accouchée est à son troisième enfant ; elle a nourri les deux premiers et désire vivement allaiter le troisième. Mais au troisième jour de l'accouchement, les deux mamelons présentent des fissures au niveau de leur base, à leur union avec l'aréole ; il existe, en outre, des érosions à leur sommet. L'allaitement devient alors tellement douloureux qu'on est obligé de faire nourrir l'enfant par la nourrice du service. Deux jours s'écoulent sans que la mère puisse donner le sein à son enfant ; au bout de ce temps, les seins sont tuméfiés, durs et douloureux.

La mère fait d'ailleurs observer que c'est surtout au début de la tetée que les succions sont douloureuses ; lorsque les succions se succèdent régulièrement, la douleur s'apaise un peu et devient supportable. Il s'agissait donc de supprimer les douleurs du début de la tetée, puisque, ces douleurs passées, l'allaitement devenait possible. C'est ce qui a suggéré l'idée à M. le Dr Audhoui d'employer la cocaïne. *Avec une solution au vingtième, nous badigeonnons le mamelon en repassant plusieurs fois le pinceau ; nous l'essuyons ensuite légèrement avec une compresse, et l'enfant est immédiatement mis au sein.* La mère nous dit alors qu'elle souffre bien un peu, mais ce qu'elle ressent n'a rien de comparable avec les douleurs atroces qu'elle éprouvait auparavant. De huit heures du matin à huit heures du soir, elle a donné cinq tetées à son enfant ; elle n'a presque pas souffert. La tuméfaction et la dureté des seins ont disparu sous l'influence de l'allaitement. L'enfant ne manifeste aucune répulsion pour prendre le mamelon badigeonné, que nous avons eu le soin d'ailleurs d'essuyer légèrement, ainsi que cela a été dit plus haut.

Au dire de la mère, l'anesthésie que nous avons pu provoquer surviendrait presque immédiatement après l'application, et disparaîtrait au bout de une ou deux minutes. Nous avons pu nous assurer qu'elle disait vrai en explorant la sensibilité du mamelon avec une épingle. —*Scalpel.*

Traitement préventif des lymphangites et des abcès du sein pendant l'allaitement.—Parmi les causes prédisposantes de cette affection, il faut citer, dit M. le Dr Ressein, la primiparité, les vices de conformation du mamelon, la couleur des téguments qui fait que les blondes, ayant généralement la peau plus fine, y sont plus sujettes ; enfin, la production de crevasses dans un allaitement précédent.

Parmi les causes occasionnelles, les principales sont: le mauvais état de la bouche de l'enfant, la malpropreté, l'allaitement mal réglé, qui entretient l'épiderme dans un état de macération constante.

Or, d'après les observations de l'auteur, malgré la présence de ces différentes causes, les lymphangites et abcès du sein peuvent être évités par le pansement à l'acide borique fait dans les conditions suivantes: on se sert d'une solution à 3 p. 100.

Lorsqu'une femme est atteinte de fissures ou crevasses du mamelon ou de l'aréole, on applique sur le sein, immédiatement après chaque tetée, une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution indiquée,

Pour empêcher l'évaporation du liquide, on met directement sur les compresses un morceau de taffetas gommé ; sur ce taffetas on applique une couche de ouate, et le tout est maintenu au moyen d'un bandage de corps. Cette couche de ouate et le bandage ont l'avantage de soutenir les mamelles et de les maintenir à une température constante. De plus, la compression qu'elles exercent sur l'organe sous-jacent suffit, ainsi que le prouvent de nombreuses observations, à prévenir le développement du pus.

Enfin, dernier avantage, l'acide borique ne détermine aucun phénomène toxique chez l'enfant.—*Thèse de Paris* et *Bull. de thérapeutique.*

MALADIES MENTALES.

De la folie morale.—Clinique de M. le professeur Ball à l'Asile Sainte-Anne. — Il est une question des plus graves et des plus difficiles que je n'ai pas encore osé aborder devant vous jusqu'ici, je veux parler de la folie morale dont vous avez été à même de voir des exemples, les uns plus ou moins frustes, les autres plus ou moins développés. C'est un sujet de ce genre que je me propose aujourd'hui de traiter devant vous. Il s'agit d'une femme de 27 ans, brune, bien colorée, et présentant, en un mot, tous les attributs d'une bonne conformation. L'histoire de cette personne nous est à peu près inconnue par la bonne raison qu'elle est atteinte de la manie du mensonge. Tantôt elle est la fille du duc de Birmingham, tantôt celle d'un lieutenant de vaisseau. Elle semble avoir perdu ses parents de bonne heure. Mais si ses antécédents héréditaires sont obscurs, il est trois dates qui nous permettent d'asseoir quelques bases. La première, le 22 mai 1883, a rapport à son arrestation à St-Etienne sous la prévention d'escroquerie, et son tranfert à Paris. A la suite d'une expertise faite par MM. Motet et Desconest, elle fut transportée à Sainte-Anne, et de là à Vaucluse, où, quelque temps après, on la considéra comme guérie. Ramenée, par suite, au dépôt la préfecture, on la renvoya à la Salpêtrière, d'où elle ne tarda pas à sortir. Elle ne devait pas toutefois longtemps jouir de cette liberté, car le 8 mai 1884, seconde date, elle fut de nouveau arrêtée pour le même chef et envoyée à Ste-Anne sur un rapport de M. Blanche. Quant à la troisième date, le 17 mai 1884, elle coïncide avec son entrée à la clinique.

Ce qui parait ressortir de son histoire, c'est qu'elle a été domestique et fille entretenue, ayant passé par les bras de plusieurs amants. Le comble c'est qu'elle est la fille d'un grand seigneur qui a refusé de la reconnaître parce qu'elle n'a pas eu d'enfants mâles. Autrefois, elle portait des habits d'homme pour placer des vins. Depuis qu'elle est à la clinique, tantôt elle abandonne ses chimères, tantôt elle les reprend. D'un caractère irritable et se mettant en colère aussitôt qu'on paraît ne pas ajouter foi à son dire, cette femme n'a pas d'hallucinations. A part quelques idées de persécution, cette malade, et c'est là le clou du tableau, n'a pas de délire.

Enfin , il est un point très important à discuter : on nous assure qu'elle a de temps en temps des crises d'étouffement se terminant par un crachement de sang. C'est encore un phénomène de simulation qui pourrait faire douter du diagnostic hystérie porté par mes trois con-

frères, si M. Vallon, mon ancien chef de clinique, ne l'avait bien observée. Quoi qu'il en soit, pour ma part, je porte celui de folie morale.

Nous allons donc aborder cette question qui n'a été bien traitée que par Pinel. Dans la deuxième édition de son livre, il parle de la manie sans délire. Ce qui était un paradoxe alors est devenu aujourd'hui presque vulgaire. Parmi les observations qu'il rapporte, il en est une remarquable. C'était en 1793; une bande pénètre à Bicètre et se précipite vers un homme qui se disait victime de la tyrannie. Ce langage, nous sommes habitués à l'entendre, mais vous savez qu'il produira toujours un grand effet sur la populace. Le directeur, qui s'efforce en vain de calmer le tumulte, est traité de tyran, et n'a que juste le temps de s'enfuir. On délivre donc cet aliéné. Mais à peine sorti, il prend un sabre et blesse à droite et à gauche ses libérateurs qui n'ont rien de plus pressé que de le réintégrer d'où il venaient de le tirer.

La manie de Pinel a été confirmée par Esquirol qui lui donna toutefois un sens un peu différent en admettant un peu de délire. Mais l'étude la plus sérieuse est celle du grand Morel, qui a montré que cet état tenait surtout à l'hérédité.

Qu'est-ce donc qu'un sujet atteint d'insanité morale ? C'est un individu qui est idiot au point de vue de la conscience. Tout individu bien conformé devant avoir, en effet, un certain nombre de sentiments moraux, les sujets de cette espèce auront donc un cerveau mal conformé à ce point de vue. Ils peuvent avoir de l'intelligence, mais la notion du bien et du mal n'cxiste pas pour eux.

D'une manière habituelle, c'est dès les premières années que l'on constate des dispositions perverses qui ne font que s'accentuer à mesure que l'enfant se développe. Ces sujets, adonnés au vice, ont horreur du travail qu'ils considèrent comme la plus pénible de toutes les corvées. Ce sont des candidats perpétuels à la maison de correction, à la prison et aux asiles d'aliénés. Pour eux, la loi, c'est la police. Quel est maintenant, au point de vue psychologique, l'état intellectuel de ces individus ? Leur raison est droite et leurs idées s'enchaînent. Ce sont seulement des cervelles mal conformées au point de vue moral. De tout cela résulte un enseignement capital, c'est que cet état provient de l'hérédité. La folie morale est donc un vice héréditaire et presque toujours vous trouvez dans les antécédents de ces sujets, soit des aliénés, soit des excentriques, soit des alcooliques. Enfin, on rencontre chez eux beaucoup de fils d'idiots. Ici vous m'arrêterez en me disant que les idiots ne se propagent pas. Je vous demande pardon, ils peuvent créer des imbéciles. Une jeune fille est-elle belle ? A-t-elle de la fortune ? cela suffit pour la marier. Pourvu qu'elle ait une façade, en un mot, on ne s'inquiète pas du reste.

Si cette folie est le plus souvent héréditaire, elle peut être aussi acquise, et pour ne signaler parmi toutes les causes que la plus importante, je vais vous rapporter l'observation des suites d'un traumatisme cérébral. Un jeune homme intelligent et d'un caractère égal reçut un jour, d'un maître brutal, un coup de règle sur la tête. A partir de ce moment il devint menteur et paresseux, jusqu'au jour où un chirurgien hardi, comme il en existe en Angleterre, le guérit en lui retirant une esquille d'os au moyen d'une couronne de trépan. Si je vous ai cité ce fait, ce n'était pas assurément pour vous faire crier : " A bas les pions !" mais pour vous faire bien comprendre que pareille chose

peut se produire dans la fièvre typhoïde et dans la phthisie. Il faut aussi noter l'influence des âges. On rencontre en premier lieu cette maladie dans l'enfance, et tout le monde a encore présent à l'esprit l'enfant de 7 ans qui fut pendu en Angleterre pour avoir noyé un de ses petits camarades. Reste encore la puberté et la vieillesse où la folie morale est quelquefois un des premiers symptômes de la démence sénile.

On rencontre l'insanité morale chez des sujets rudimentaires ; mais ce qui est bien plus frappant, c'est de voir cet état se développer chez des sujets d'une intelligence développée. Pour bien vous convaincre de ce fait, je me contenterai de vous en rapporter deux exemples. Le premier concerne une dame qui, dès sa première jeunesse, avait montré des penchants vicieux. En société, elle était d'une convenance parfaite, mais à peine se trouvait-elle seule avec un homme qu'elle se précipitait sur lui de telle façon qu'il fallait que ce dernier cédât ou qu'il dît pourquoi. Malgré ses nombreuses aventures, elle trouva à se marier, et rendit, cela va sans dire, son mari le plus malheureux des hommes. Elle eut des filles qui trouvèrent des gendres dont l'un fut moins que tendre. Un jour qu'elle avait attiré chez elle un enfant de 12 ans, ce dernier, par ses cris attira l'attention de son frère et de ce gendre qui arrivèrent à point pour infliger à cette femme une correction bien méritée. Parvenue à un âge avancé, réléguée loin de sa famille avec une faible pension, elle se livrait à des travaux d'aiguille jour et nuit pour se procurer les moyens de satisfaire sa passion. Elle fut enfin conduite à la Salpêtrière où nul n'aurait jamais pu supposer que sous cet aspect aussi respectable, sous cette couronne de cheveux blancs, se cachait une Messaline des plus dévergondées. Chose curieuse, un certain nombre de personnes vinrent la demander ; elles regrettaient, sans doute, la bourse qui ne les nourrissait plus.

Dans une toute autre classe de l'échelle sociale, je pourrais vous citer la grande Catherine avec son entourage spécial. On faisait passer les plus beaux hommes de l'armée russe par les mains d'épreuves, et ce n'est seulement qu'après avoir obtenu un diplôme qu'on était admis...

Reste encore à vous citer un dernier fait. Il s'agit d'un jeune créole venu de bonne heure à Paris. Au collège, on lui reconnut de grandes aptitudes ; mais, dès les premières années de sa vie, on remarqua que les récits d'exécution capitale l'intéressaient tout particulièrement. Plus tard, il ne manquait une seule exécution capitale, et, dans un duel il prenait toujours parti pour celui qui avait tué son adversaire. Sorti du collège, il pratiquait les armes, lorsque tout à coup un événement capital vint à se produire. Traduit en cour d'assises pour avoir tué sa maîtresse, d'un coup de pistolet, il fut condamné à dix ans de travaux forcés. Sa peine achevée, on le vit aussitôt reparaître fièrement sur les boulevards. Peu de temps après, en 1848, cet homme prit parti pour le peuple qu'il méprisait, afin de tirer sur les soldats. Blessé et sauvé par une vieille femme, il partit pour l'Amérique où il adopta, lui fils d'aristocrate, le plus rude métier, celui de coureur des bois, c'est-à-dire d'assassin patenté des Peaux-Rouges. Revenu brusquement en France, on ne sait trop pourquoi, il mourut des suites d'une pneumonie, estimé de toutes les personnes qui ignoraient son passé. Voilà un des types les plus achevés de cette insanité morale. Aussi, si j'ai réussi à faire passer dans votre esprit ma conviction, vous conviendrez qu'il est des sujets qui, en l'absence d'hallucinations, possèdent une aberration du sens moral.—*Praticien.*

FORMULAIRE.

Névralgie.—*Dr. Garretson.*

P.—Sulfate de fer (sec)..... 250 grains
Carbonate de potasse..... 250 "
Sirop d'acacia..... q.s.

M.—Faites 100 pilules.—*Dose :* Trois pilules par jour, augmentant graduellement à six. Le malade doit en prendre plusieurs centaines. —*Philad. Med. Times.*

Spermatorrhée et impuissance.—*Dr. Livezey.*

P.—Teinture de noix vomique..... 1 drachme
Teinture de quinquina..... 1 "
Teinture de perchlorure de fer..... 3 drachmes
Extrait fluide d'ergot..... 1 once
Acide phosphorique dilué..... 3 onces

M.—*Dose :* 30 gouttes dans un verre à vin d'eau, trois fois par jour. —*Analectic.*

Sueurs nocturnes des phthisiques.—*Green.*

P.—Extrait de belladone..... ¼ grain
Oxyde de zinc..... 2 à 3 grains

M.—Faites une pilule, à prendre le soir au coucher.—*Paris médical.*

Tænia.—*Dr B. Persh.*

P.—Huile de croton..... 1 goutte
Chloroforme..... 1 drachme
Glycérine..... 1 once

M.—A prendre en une seule dose, le matin à jeun. La veille, on aura fait prendre, au coucher, une demi-once de sel de la Rochelle.—*Weekly Medical Review.*

Blennorrhagie.—*Weiss.*

P.—Sulfate de quinine..... 18 grains
Eau..... 2½ onces
Glycérine..... 1½ once

M.—En injections, 3 fois par jour.—*Lyon médical.*

Blépharite.—*Darier.*

P.—Précipité rouge..... 1½ grain
Vaseline..... 2½ drachmes

M.—Usage matin et soir. En même temps on doit prescrire, à l'intérieur, l'huile de foie de morue et l'iodure de potassium.—*Progrès médical.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MARS 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue françaises sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. Amédée Prince & Cie., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Trop de médecins.

Prenant occasion des remarques que nous avons faites au sujet de certains médecins qui ne rougissent pas de prostituer leur art en exerçant à vil prix, un de nos abonnés nous écrit pour déplorer avec regret la *pléthore* dont est aujourd'hui affligée la profession médicale de notre province. D'après notre correspondant, cette pléthore a eu pour effet de rendre la concurrence extrêmement rude en plaçant deux ou trois médecins en des endroits où un seul pouvait à grande peine trouver le nécessaire pour vivre. Le nombre toujours croissant d'admissions à l'étude de la médecine rendrait donc urgente l'adoption de moyens propres à combattre cet état de choses. Le moyen suggéré serait de rendre plus difficile encore l'accès à la pratique de la médecine en rendant plus sévères que jamais les examens préliminaires. Là seulement serait le salut.

Tout en étant parfaitement d'accord avec notre honorable correspondant au sujet de l'encombrement de la profession médicale et de la nécessité qu'il y a de le faire cesser autant que la chose se peut faire, nous ne saurions admettre ses conclusions dans leur entier, ni croire que le remède proposé doive être le seul à employer. Actuellement les examens pour l'admission à l'étude de la médecine sont plus sévères qu'ils n'ont jamais été, et le nombre de ceux qui parviennent à s'en tirer convenablement égale presque toujours, quand il ne lui est pas inférieur, le nombre des candidats refusés. Ainsi, sur trente aspirants, la moyenne des admissions est de quinze, et souvent de moins encore. Tels qu'ils sont aujourd'hui, les examens préliminaires sont donc assez sérieux, croyons-nous, et si l'on n'exige pas la note *très bien* sur chaque matière, comme le voudrait notre correspondant, on en exige assez pour se convaincre du plus ou moins de savoir des aspirants, et suffisamment aussi pour élaguer les incapacités.

Pour nous, nous croyons que l'encombrement de la profession médicale tient à plus d'une cause, et que le remède à cette *pléthore* doit être cherché ailleurs que dans la sévérité des examens préliminaires.

En premier lieu, constatons qu'aujourd'hui nous subissons la conséquence d'un état de choses qui, heureusement, n'existe plus, mais qui, il y a quelques années, a donné naissance à un grand nombre de vocations médicales improvisées. On sait en effet que nos écoles de médecine ont eu pendant longtemps le droit d'admettre à l'étude de la médecine en dehors des examens ordinaires du Bureau. Nombre de jeunes gens ont profité de l'occasion, et beaucoup d'entre eux n'avaient jamais fait l'ombre d'un cours d'études. En certain endroits on n'était pas très scrupuleux sur le choix des candidats, et l'on a vu des ex-tailleurs et des ex-forgerons passer de la boutique aux bancs de l'institution qui les admettait si facilement. S'ils eussent eu à subir un examen sérieux. combien de ces aspirants eussent échoué ?

En outre, il nous semble que l'on pousse trop volontiers les jeunes gens vers les professions libérales. La multiplication excessive de nos collèges classiques a mis l'éducation secondaire à la portée de tous, et la conséquence en est qu'un grand nombre des élèves qui fréquentent ces collèges ne présentent guère les aptitudes nécessaires à une éducation supérieure. Fils de cultivateurs, ils rougiraient d'aller tenir le manche de la charrue après avoir pâli sur les livres. Aptes ou non, ils entendent bien devenir notaires, avocats ou médecins. Si les directeurs de nos collèges prenaient la chose en considération, et cherchaient à éloigner des études professionnelles les sujets qui n'ont pas les aptitudes nécessaires, ils nous rendraient un fier service. Que de jeunes gens auraient fait d'excellents agronomes ou de bons industriels qui ne sont aujourd'hui et ne seront toujours que des demi-médecins ! Avec leur sens pratique avant tout, nos compatriotes d'origine anglaise calculent mieux que nous les chances de l'avenir. Aussi savent-ils diriger leurs jeunes sujets vers le génie civil et la haute industrie, carrières dans lesquelles ils occupent aujourd'hui les premières places. Que ne faisons-nous comme eux ?

Enfin, nous le constatons pour la centième fois, le privilège qu'ont nos Universités et Ecoles de médecine, de donner des dégrés conférant —*ipso facto*—le droit de pratiquer, est une des causes les plus sérieuses de l'encombrement dont se plaint notre correspondant. Il nous faut à tout prix un bureau central d'examens, devant lequel les porteurs de diplômes universitaires seront tenus de subir un nouvel et très sérieux examen avant l'obtention de leur licence. De la sorte nous serons efficacement protégés contre les résultats des *examens faciles*.

La création d'un bureau central ne ferait, du reste, que nous mettre sur un pied d'égalité avec la profession médicale de la province d'Ontario où un bureau semblable existe déjà, et nous aurions le privilège de forcer à subir l'examen de rigueur, tous les médecins qui, chaque année viennent d'Ontario ou d'ailleurs, exercer leur art dans la province de Québec.

Voilà autant de points que nous n'avons malheureusement pas le temps de développer comme nous le voudrions, mais que nous soumettons, tels qu'ils sont, à l'examen de notre correspondant de même qu'à celui de la profession entière.

Police Sanitaire.

Il nous fait plaisir de constater qu'un mouvement assez actif est actuellement à se faire, tant parmi les médecins que dans le public au sujet des conditions sanitaires dans lesquelles se trouve la ville de Montréal, et des mesures à adopter en vue de combattre efficacement les maladies contagieuses et plus particulièrement le choléra dont on nous prédit l'arrivée pour la prochaine saison d'été.

Ce mouvement n'est certainement pas hors de propos et l'on aurait peut-être pu s'en occuper bien avant aujourd'hui. Encore que Montréal se trouve actuellement dans des conditions hygiéniques infiniment plus favorables que ne l'étaient Marseille, Toulon et Naples lors de l'épidémie cholérique de 1884, il n'en reste pas moins bien établi que nous avons encore beaucoup à faire pour mettre notre cité en état de recevoir le choléra sans lui donner trop de prise. Et puis, le choléra n'est pas le seul ennemi à combattre. D'autres maladies contagieuses sont à nos portes, disons mieux, au milieu de nous, et nous n'avons encore presque rien fait pour les maîtriser, ni même pour les prévenir. Jetant les yeux sur le rapport des médecins de la cité pour le mois de janvier dernier, nous voyons que sur 454 décès, 36 ont été causés par la rougeole, 43 par la diphthérie et 30 par le croup (diphthéritique ?) soit 110 décès par maladies contagieuses. Nous ne savons malheureusement pas au juste la proportion de cas de décès par maladies contagieuses durant le mois de février, mais ce que nous savons, c'est que la mortalité totale des mois de janvier et février réunis a dépassé le chiffre 1000. Ce chiffre doit suffire à ouvrir les yeux.

Dans le but d'adopter les mesures propres à combattre les maladies contagieuses déjà existantes et à prévenir celles dont nous sommes menacées pour l'avenir, les différentes sociétés médicales et hygiéniques de Montréal sont à examiner et à discuter de ce temps-ci une série de propositions dont voici le résumé :

1. Adoption par la Législature, d'un Bill de Santé publique constituant un Conseil d'Hygiène avec amples pouvoirs, afin d'empêcher l'introduction des maladies contagieuses, surtout du choléra.
2. Avantages qui résulteraient du rapport fait par les médecins au Bureau de Santé dans chaque cas de maladie contagieuse.
3. Nommer des médecins de district dont les principaux devoirs seraient d'aider à faire prendre les mesures préventives pour empêcher la propagation des maladies contagieuses.
4. Abolition des fosses d'aisances dans les cours.
5. Importance de laver les égouts à certaines périodes.
6. Stricte surveillance et examen minutieux des aliments.
7. Combustion des déchets de cuisine, etc.
8. Premiers soins à prendre dans le cas où le choléra ferait son apparition. Services d'ambulances et d'hôpitaux. Service médical dans les localités. Créer des comités dans les divers quartiers de la ville, pour aider les autorités sanitaires à mettre en vigueur les mesures contre les maladies contagieuses et surtout contre le choléra.

NOUVELLES MEDICALES.

Notre ami, M. le Dr J. W. Mount, a été réélu échevin pour le quartier Ste-Marie.

Aux dernières élections sénatoriales qui ont eu lieu en France, MM. les professeurs Robin et Cornil ont été élus sénateurs.

M. le professeur Grancher a été appelé à la chaire de clinique des maladies des enfants, laissée vacante par la mort du regretté professeur Parrot.

Un correspondant du *British Medical Journal* porte à 150,000 le nombre de morts causées chaque année par l'emploi des remèdes patentés.

Les examens pour la Licence et le Doctorat en médecine se tiendront vers la fin du présent mois dans nos différentes universités et écoles. On nous informe qu'un bon nombre des futurs gradués se disposent à aller exercer leur art aux Etats-Unis.

La grande kermesse annuelle au bénéfice du *New-York Skin and Cancer Hospital* se tiendra au *Metropolitan Opera House*, à New-York, les 14 et 15 avril prochain.

Gaillard's Medical Journal et **Braithwaite's Retrospect.** — La mort des Drs E. S. Gaillard et Wm Braithwaite n'affectera en rien la publication du "*Gaillard's Medical Journal*" non plus que celle du *Braithwaite's Retrospect.* Le premier de ces journaux sera à l'avenir publié par MM. E. M. et E. W. Gaillard et rédigé par le Dr P. B. Porter, de New-York. Le Dr James Braithwaite, qui, depuis plus de vingt-cinq ans, assistait son père dans la direction du *Braithwaite's* continuera la publication de cet important journal, assisté du Dr A. G. Barre, de Leeds.

Nécrologie. — A Paris, M. le docteur Achille CHÉVEAU, bibliothécaire de la Faculté de médecine ; M. le docteur MALLEZ, bien connu par ses travaux sur les maladies des voies urinaires ; à Lille M. le docteur ROMEC, professeur à la Faculté libre de médecine de Lille ; à Montpellier, M. le docteur ROUSTAN, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier ; à New-York, Louis ELSBERG, M. D., professeur de Laryngologie à la Polyclinique de New-York ; à NewHaven, M. B. S. SILLIMAN, professeur de chimie à Yale College ; à Leeds, Angleterre, William BRAITHWAITE, M. D., fondateur du *Braithwaite's Retrospect.*

NAISSANCE.

FOREST.—A Wotton, le 28 février, la dame du Dr J. Forest, un fils.

DECES.

CLEMENT.—A Saint-Hyacinthe, le 17 février, Marie-Lucie-Charlotte Lamothe, épouse de C. H. Clément, Ecr., M.D., de la Baie Saint-Paul.

SAURIOL.—A Saint-Bruno, le 24 février, à l'âge de 50 ans et 8 mois, Dame Marie-Caroline Lalumière, épouse de T. Sauriol, Ecr., M.D.

PROVOST.—A St. Valérien, le 5 courant, à l'âge de 33 ans, A. Provost, Ecr., M.D.

MEUNIER.—A Montréal, le 3 mars, à l'âge de 41 ans, A. A. Meunier, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. LARAMEE.

De la Rougeole.

(Leçon recueillie par M. W. Lamarche.)

Messieurs,

Comme la rougeole règne épidémiquement dans notre ville depuis quelques mois, je profiterai de la présence, dans la Salle Saint-Joseph, de deux enfants atteints de cette fièvre, pour vous faire quelques observations qui pourraient vous être utiles, quand, à votre tour, vous serez appelés à soigner des sujets affectés de rougeole.

Je vous dirai tout de suite que de toutes les fièvres éruptives, la rougeole est la plus répandue. Elle est connue dans tous les pays du globe, sauf, peut-être, dans quelques contrées de l'Australie où elle ne tardera probablement pas à se répandre. Elle sévit dans toutes les saisons, mais spécialement l'hiver et l'automne et, dans les grands centres, on l'observe à l'état épidémique tous les quatre ou cinq ans. A Montréal, l'épidémie nous a fait visite, jusqu'ici, à peu près tous les quatre ans.

La rougeole peut se rencontrer à tous les âges de la vie, mais elle est plus commune dans l'enfance et la jeunesse, principalement entre cinq et quinze ans; cependant, règle générale, les enfants à la mamelle ou au-dessous d'un an sont à l'abri de la contagion et il est rare qu'elle affecte le même individu plus d'une fois dans la vie; de fait, les récidives sont aussi rares que pour la scarlatine. L'on ne pourrait pas en dire autant de la variole, car si celle-ci respecte quelques individus privilégiés, parfois elle atteint plusieurs fois le même individu dans le cours de sa vie.

A quelle époque la contagion a-t-elle lieu ? La rougeole est contagieuse depuis l'incubation jusqu'à la fin de la maladie, mais elle l'est spécialement durant l'éruption et la desquamation.

Ainsi, comme d'après les observations les plus accréditées, la période d'incubation dure, en moyenne, dix jours, celle de l'invasion, ou période prodomique, 4 jours, enfin la période de l'éruption sept à huit jours, puis la desquamation qui débute le troisième jour de l'éruption pour se prolonger six jours et davantage, nous pouvons accorder à peu près un mois d'infection au rubéoleux.

Le principe contagieux est encore inconnu, mais ses agents ordinaires de transmission sont les exhalaisons cutanées et les débris de desquamation, et il peut être transporté au loin, sans perdre de son efficacité, par des objets ou des hardes ayant servi aux malades, ou même des vêtements d'individus ayant été en rapports plus ou moins

prolongés avec les malades. Vous voyez, messieurs, que, sous plusieurs rapports, il en est de la transmission de la rougeole comme de celle des fièvres éruptives et des maladies contagieuses en général.

Il est difficile d'établir, d'une manière très précise, la durée de l'activité du poison rubéolique, mais cette durée est certainement plus passagère, que celle de la scarlatine ou de la variole, car l'épidémie de rougeole est ordinairement de courte durée; cependant je dois vous faire observer que le contage de la rougeole est accru par les froids et les chaleurs extrêmes, l'insalubrité des logements, la mauvaise alimentation, l'encombrement, la mauvaise constitution, etc.

Des expériences d'inoculation, souvent répétées, ont démontré que les sécrétions des muqueuses aériennes, et en particulier de la muqueuse nasale, des larmes, le sang, renferment le principe contagieux, mais, dans ces cas, l'incubation, au lieu d'être de dix jours comme pour la rougeole naturellement contractée, est abrégée de trois ou quatre jours.

La rougeole débute par l'injection des yeux, du larmoiement, une légère photophobie, un coryza caractérisé par un écoulement de mucus âcre, de l'épistaxis, par de fréquents éternuments, toux sèche, plus ou moins rauque, oppression, par une fièvre moins marquée que dans la variole, mais jamais aussi élevée que dans la scarlatine. Ainsi, comme vous le voyez, la rougeole ouvre la scène par l'envahissement des muqueuses nasales, oculaires, et surtout des muqueuses aériennes avant de se manifester du côté de la peau, comme la scarlatine s'annonce par l'angine pharyngienne avant que l'éruption cutanée apparaisse, et il arrive fréquemment que l'altération des muqueuses aériennes accompagne la rougeole jusqu'à la fin.

De toutes les fièvres éruptives, la rougeole est celle dans laquelle la période d'invasion est la plus longue. En effet, le stade prodomique de la scarlatine est de deux jours; celui de la variole trois jours, et enfin, celui de la rougeole quatre jours. Je dois vous dire, en passant, que ce tableau souffre des exceptions, mais vous n'oubliez pas que je fais allusion à ce que nous rencontrons dans les fièvres éruptives vulgaires.

Il arrive souvent que les symptômes de la période prodomique sont mis sur le compte d'un coryza, d'une bronchite simple, etc., et alors on oublie de recourir à la première précaution, c'est-à-dire à l'isolement, et c'est ce qui rend compte du grand nombre d'enfants atteints de la rougeole, dans le même temps, dans les écoles, dans les pensionnats ou familles nombreuses telles qu'on en rencontre en particulier chez nos compatriotes.

L'éruption se montre le quatrième ou le cinquième jour, d'abord à la face, au menton, puis au cou; le lendemain, elle a envahi le tronc, et le surlendemain les membres. La fièvre avec l'éruption reprend une intensité remarquable et persiste, comme dans la scarlatine, les deux ou trois premiers jours de l'éruption, alors qu'elle cède parce que l'éruption cède elle-même, et si la fièvre se prolonge au-delà, on doit craindre des complications (Trousseau). C'est à cette période, ou même quelquefois dans la période d'invasion, qu'il survient des convulsions. Règle générale, messieurs, les convulsions au début de la rougeole et de la variole ne sont pas graves, à moins qu'elles ne se répètent ou qu'elles ne se rapprochent, mais quand les convulsions font leur apparition

dans les derniers temps de la maladie, elles sont de mauvais augure et sont liées ordinairement à une complication grave des organes thoraciques, c'est-à-dire à une bronchite capillaire chez l'enfant ou à une bronchite lobulaire chez l'adulte. Cependant, je dois vous dire que les convulsions au début de la scarlatine sont généralement graves chez les jeunes enfants. Il arrive souvent que la diarrhée accompagne l'éruption rubéolique à son début et, si cette diarrhée se prolonge au-delà de vingt-quatre heures, elle peut déterminer de graves accidents tels que colites, etc., et je vous dirai, en passant, que les complications intestinales se rencontrent surtout en été, tandis que les complications thoraciqnes sont plus communes dans les saisons froides. Lorsque la fièvre se continue après le troisième jour de l'éruption, on peut alors appréhender soit une bronchite aiguë qui devient le plus ordinairement capillaire chez les enfants, soit une pneumonie ou même une pleurésie chez l'adulte.

Je vous ai déjà dit que la fièvre, dans la rougeole comme dans la scarlatine, augmente avec l'éruption, et qu'elle cède quand l'éruption cède elle-même; dans la variole, au contraire, du moins dans la forme discrète, une fois les pustules sorties, la fièvre tombe subitement pour reprendre à la période de maturation, c'est-à-dire au huitième jour de la maladie.

Messieurs, quand vous serez consultés, dans le courant d'une épidémie de rougeole, pour un enfant présentant de la toux, du coryza, de l'éternuement, de la sensibilité des yeux, du faux-croup ou de la fièvre, etc., n'allez pas vous presser de diagnostiquer bronchite, laryngite, conjonctivite, etc., etc., mais attendez! car le plus souvent, l'éruption, au temps voulu, viendra établir que ces divers symptômes n'étaient que les prodromes de la rougeole.

L'éruption est caractérisée par de petites saillies rouges, veloutées, inégales, ressemblant à des morsures de puces, séparées par des intervalles de peau saine, sauf dans des cas exceptionnels où la rougeur est confluente et alors la peau est rouge uniformément.

Parfois aussi, les taches sont proéminentes lorsqu'elles sont liées à une légère extravasation sanguine. On dit alors que la rougeole est *boutonneuse*. Toutes ces taches disparaissent momentanément sous la pression du doigt et le 3e ou 4e jour elles pâlissent, deviennent jaunes pâles ou un peu bleuâtres jusqu'à leur disparition entière. Souvent, après la desquamation qui est furfuracée, la peau est marquée pendant 8 à 15 jours de taches ardoisées, et cette teinte spéciale appartient à la forme dite *boutonneuse*.

Sans entrer dans de longs détails, je vous dirai que l'éruption de la scarlatine débute par le cou, les jointures du côté de la flexion, et en dernier lieu par les mains et la face, tandis que l'éruption variolique commence au front, autour des yeux, de la bouche, et de là au reste de la face, enfin au tronc et aux membres; dans la rougeole, comme je vous l'ai déjà dit, l'éruption se montre d'abord au visage, au cou, au tronc et aux membres à peu près comme dans la variole. L'éruption dans la scarlatine est diffuse, par plaques d'un rouge framboisé ou par un granit fin et régulier oocupant toute la surface du corps ou quelques régions seulement. Il y a la *rayure scarlatineuse* que l'on obtient en traçant avec l'ongle une raie sur un exanthème de scarlatine pour avoir une rayure blanche qui reste longtemps. De plus, dans la scar-

latine, la fièvre est toujours très élevée et l'affection est accompagnée d'une angine plus ou moins violente. On ne pourra confondre la rougeole avec une variole commençante, car dans celle ci les taches rouges présentent à leur centre une vésicule ou une élevure *pointue et dure* qui donne au doigt la sensation d'un grain de sable, et rien de semblable n'existe pour les taches de la rougeole.

Il y a encore la roséole qui se distingue de la rougeole en ce qu'elle ne présente pas des symptômes de catarrhe oculaire, nasal ou bronchique, comme dans la rougeole; outre que la fièvre et les prodromes sont presque nuls dans la roséole, les taches sont plus pâles, plus régulières et plus circonscrites que celles de la rougeole. Enfin la roséole est de courte durée, car ordinairement la guérison s'établit 48 heures après l'éruption.

Messieurs, je pourrais vous entretenir encore longuement sur la rougeole, mais comme dans cette leçon je tenais à vous parler particulièrement des points saillants de la rougeole normale, mais je m'arrête ici, non toutefois sans vous dire quelques mots du traitement. D'abord je vous rappelerai que, règle générale, la rougeole est bénigne, mais n'oubliez pas que parfois elle revêt un caractère grave. Le traitement est hygiénique, mais il est nécessaire que le malade évite le froid, surtout quand l'épidémie sévit en automne ou en hiver. Il est opportun de placer le malade dans une chambre isolée, aérée et dans une demi-obscurité. Parmi les désinfectants recommandés, je vous conseille spécialement la formule suivante :

Sulfate de zinc	4 onces
Chlorure de sodium	2 onces
Eau	1 gallon

En répandre dans la chambre, sur les lits, les hardes, etc., s'en servir, même pour un premier lavage des linges, habits, etc.

Contre la toux, je vous conseille une excellente préparation bien en vogue aux Etats-Unis, savoir :

℞—Pot. citr.	ʒi
Spt. æth. nitr.	ʒii
Tr. opii deod.	mxii *vel* xxiv
Syrupi	ʒii
Aquæ	℥ii

(Meigs et Pepper)

Une cuillerée à thé toutes les 2 ou 3 jours pour un enfant de 5 ans. Les boissons tièdes et diaphorétiques sont à propos. Enfin, comme tonique et aussi pour combattre le ferment producteur de la maladie, comme dans les affections zymotiques en général, vous prescrirez la quinine.

Incontinence d'urine chez les enfants.—Le Dr Eustache Smith donne une potion ainsi composée : Teinture de belladone, 1 drachme; bromure de potassium, 10 grains; infusion de digitale, 2 drachmes; eau, q.s. pour faire une demi once.—A prendre en une seule dose.—L'auteur ajoute de la strychnine si l'incontinence est à la fois diurne et nocturne. Il a constaté chez les enfants beaucoup de tolérance pour la belladone.—*Analectic.*

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

UNIVERSITÉ LAVAL, (Montréal).—M. BROSSEAU.

De la consolidation des fractures (1).

L'étude des fractures a, de tout temps, occupé une grande place dans la pratique de la chirurgie. Les écrits d'Hippocrate renferment déjà une foule de notions importantes sur la symptomatologie, le pronostic et le traitement des fractures. Ses successeurs (Celse, Galien) n'ajoutèrent rien de bien important à ses travaux; il faut arriver à J. L. Petit pour signaler un progrès réel. Plus récemment, l'incomparable traité de Malgaigne a perfectionné nos connaissances sur les lésions traumatiques des os.

L'étude des fractures est de la plus haute importance. Si le chirurgien réussit à obtenir la consolidation parfaite d'une fracture, il est à bon droit orgueilleux de son succès et le blessé doit lui en savoir gré, mais si, au contraire, le patient reste boiteux, infirme, le chirurgien s'est créé une enseigne vivante qui proclame partout son inhabileté.

Avouons que, dans ce pays, le traitement des fractures est loin d'être parfait; l'ignorance d'un grand nombre de médecins est la principale cause de la vogue et de la réputation des rebouteurs; bien souvent ils sont aussi incompétents les uns que les autres à bien traiter une fracture. Que la génération actuelle se prépare donc à faire mieux que sa devancière, et à venger ainsi l'honneur de la profession.

Pour traiter scientifiquement une fracture, il faut bien connaître les phénomènes organiques qui surviennent depuis le moment de l'accident jusqu'à la consolidation complète, c'est-à-dire qu'il faut bien connaître la formation du cal. Ces phénomènes ont été scrupuleusement étudiés et sont aujourd'hui parfaitement connus. Les expériences multipliées qui ont été faites sur ceux qui ont succombé à la suite d'une fracture, et surtout sur les animaux, ont permis de suivre, jour par jour, pas à pas, la marche de la formation du cal. Et comme il y a analogie parfaite entre ce que l'on découvre chez les animaux et ce qui se passe dans l'espèce humaine, nos notions actuelles sont basées sur des faits bien avérés.

Il est donc bien important que nous étudions le procédé de consolidation des fractures, c'est-à-dire la formation du cal.

Prenons pour exemple une *fracture simple dans un os long.*

Nous diviserons la durée de la consolidation des os en trois phases ou trois périodes. Chacune de ces phases présente des phénomènes anatomiques qui lui sont propres.

La *première* est caractérisée par une *inflammation exsudative.* La *seconde* par l'organisation *fibro-cartilagineuse* de l'exsudat. La *troisième* par l'organisation *osseuse.*

(1) Résumé de plusieurs leçons professées à l'Université Laval dans le cours de janvier dernier.

Immédiatement après une fracture simple, dans le corps d'un os long, une certaine quantité de sang s'épanche entre les fragments, dans le canal médullaire et dans les parties molles avoisinantes.

Le périoste est déchiré, décollé sur une certaine étendue, la moëlle est rompue ; souvent le tissu cellulaire et les muscles sont dilacérés, etc. Ces organes fournissent alors une exsudation plastique qui se résorbe en partie durant les jours suivants, mais une large portion de cet exsudat reste, s'organise et forme le cal.

Le procédé de réparation des os fracturés ne diffère pas de la réparation des tissus mous ; toute la différence, c'est que la lymphe s'ossifie, au lieu de produire du tissu cicatriciel. La première phase dure de six à quinze jours, suivant le volume de l'os, le degré de contusion, la quantité d'épanchement.

La deuxième phase est constituée par l'organisation fibro-cartilagineuse de l'exsudat qui s'est produit lors de l'accident. Dans la masse molle, jaunâtre, provenant des vaisseaux de l'os et du périoste, se développent les ovoïdes caractéristiques du cartilage. Cette période dure une vingtaine de jours, puis alors commence la troisième phase, caractérisée par le développement d'ostéoplastes qui complètent l'ossification du cal. Cette phase dure depuis le trentième ou le quarantième jour jusqu'au soixantième.

Après le soixantième jour, le cal devient de plus en plus dense et diminue de volume. Le canal médullaire reste souvent plein par suite d'ossification intérieure ; le corps de l'os reste un peu plus volumineux qu'à l'état normal.

Les choses ne se passent ainsi qu'à la condition que les extrémités des fragments soient en coaptation parfaite, bout à bout. Au contraire, notez-le bien, si les extrémités des fragments sont chevauchés, déplacés, il en résulte un cal plus ou moins difforme, quelquefois une pseudarthrose ou un manque complet d'union osseuse. Pour démontrer cette différence les auteurs font une comparaison qui est bien convenable, je crois. Ils comparent la guérison des fractures à l'union immédiate des plaies sous-cutanées, à la ténotomie, par exemple, c'est-à-dire à la guérison par première intention, tandis qu'ils comparent les fractures compliquées de plaies à la guérison des plaies des tissus mous, par granulation— c'est-à-dire à la guérison par seconde intention.

Les *extrémités* des os longs n'ayant pas de canal médullaire, il ne s'y forme pas d'épanchement intérieur (virole interne) et la réparation est simplement *périostique* et *interfragmentaire*.

Il en est encore ainsi dans la consolidation des os plats ; un exsudat se répand entre les fragments et s'y organise, et le cal y est peu développé.

Le travail de réparation des fractures résulte donc 1° de l'épanchement d'une lymphe organisable fournie par le périoste, les surfaces osseuses et les parties molles environnantes ; 2° par l'*épaississement* et l'*organisation* de cet exsudat qui passe, successivement, par l'état fibreux, puis par l'état cartilagineux avant de subir l'ossification complète.

Dupuytren voulait établir la formation de deux cals successifs dont le premier, *cal provisoire*, n'avait pour objet que de permettre la formation du second ou *cal définitif*. Mais on ne saurait admettre, aujourd'hui, la distinction qu'il a faite entre les deux cals, car la consolidation des

fractures s'effectue absolument comme la cicatrisation des plaies, sans double travail de formation et de résorption d'un cal provisoire, comme cela devrait se passer si le célèbre chirurgien avait raison. Du reste l'absence de cal externe dans la plupart des fractures des os plats (cependant la consolidation s'y fait parfaitement) constitue un nouvel argument contre la théorie du cal provisoire et du cal définitif.

Le travail de réparation des fractures ci-dessus décrit ne s'applique qu'aux fractures simples, et il ne faut pas oublier que ce travail de formation du cal présente des différences considérables dans son évolution, sa durée et sa consistance, quand la fracture est *compliquée*. Règle générale, la gravité d'une fracture est proportionnelle aux dimensions de l'os brisé, à la direction de la solution de continuité, à l'âge du sujet et surtout aux complications.

Quand la fracture est compliquée d'une plaie (*compound fractures* des anglais), le procédé de réparation est différent de celui des fractures simples ; la principale différence est que le cal ne passe pas par la phase d'organisation *cartilagineuse*. Mais la guérison a alors lieu *par seconde intention*, c'est-à-dire que la solution de continuité de l'os se remplit de granulations qui s'ossifient et déterminent l'union osseuse. Ces granulations se transforment en tissu osseux, en commençant près du canal médullaire et en s'étendant lentement vers la surface externe des fragments.

Le cal ainsi formé est ordinairement plus irrégulier que celui des fractures simples. Tout de même ces fractures compliquées de plaies se consolident fermement, mais à la condition expresse que l'os ne *suppure pas*, car lorsque l'os suppure, les phénomènes anatomiques de la consolidation se trouvent particulièrement modifiés, quelquefois même complètement entravés. Dans ces cas, la durée de la consolidation est toujours beaucoup plus longue que dans les fractures simples, quelquefois même du double. Dans les os courts et les os plats qui n'ont pas, eux, de canal médullaire, le procédé de réparation est modifié par l'absence de la moëlle, et par conséquent il n'y a point de cal intérieur.

La réparation est simplement *périostique* et interfragmentaire.

Si la suppuration advient après une fracture compliquée d'une plaie, il y a une distinction à faire, suivant que l'ostéïte suppurante occupe la *superficie* ou *toute* l'épaisseur de l'os.

Dans la variété *superficielle* la guérison a lieu assez facilement ; les bourgeons charnus *suppurent* à leur surface, s'ossifient dans leur profondeur et se transforment en cicatrice osseuse, de la même façon que quand il y a suppuration à la peau et aux parties sous jacentes, les bourgeons se transforment en tissu cicatriciel. Mais quand la suppuration envahit l'espace interfragmentaire, le canal médullaire, et la moelle, l'ostéïte est dite *suppurative* profonde ; on l'appelle encore *ostéo-myélite*.

C'est dans cette variété grave que la consolidation manque souvent et que surviennent l'érysipèle, l'infection purulente, etc.

Si nous résumons ces quelques considérations nous voyons :

1° Que la consolidation des fractures passe par trois phases distinctes ;

2° Que le cal, dans la fracture simple d'un os long, est formé à l'intérieur comme à l'extérieur de cet os, tandis que le cal dans la fracture des os courts et des os plats se fait entre les fragments et à l'extérieur seulement ;

3° Que les fractures compliquées de plaies ne se consolident que par la formation de granulations, c'est-à-dire par seconde intention, tout comme les plaies de la peau restées béantes. Leur guérison est beaucoup plus longue que celle des fractures simples.

4° Que la gravité de ces fractures compliquées est d'autant plus grande que l'os est enflammé profondément.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

MM. les Rédacteurs,

Il y a déjà longtemps, j'ai reçu du Dr Bell, de Glasgow, une communication au sujet du traitement de la diphthérie.

En comparant ce traitement à celui publié dans l'*Union Médicale*, en 1878, comme étant celui du Dr Bell, je vois qu'il y a eu alors des erreurs commises, tant dans la composition des remèdes que dans les indications à suivre, etc. Vû que la diphthérie existe encore parmi nous et que ces erreurs pourraient peut-être compromettre le succès du traitement, auriez-vous l'obligeance de publier cette prescription du Dr Bell dans votre journal.

℞.—Ferri chloridi tinct.	ʒiii
Acid sulphurosi	ʒiiiss
Pot. chlorat	ʒiii
Glycerini	℥i
Aquæ ad	℥vi

Une cuillerée à dessert toutes les deux heures, pour un enfant d'à peu près 15 ans. On diminue suivant l'âge. (1)

℞.—Acid carbolici	ʒi
Acid sulphurosi	ʒiii
Solut ferri perchloridi	℥ss
Glycerini	℥ss

Cette solution est appliquée sur les taches diphthéritiques toutes les deux heures, (alternant avec les cuillerées de la potion) au moyen d'un pinceau (*camel's hair pencil*) ou du pulvérisateur (*spray*). Elle doit être employée jusqu'à ce que toutes les taches soient disparues et toujours de la même force, quelque soit l'âge du malade. Si elle produit beaucoup d'irritation, le Dr Bell l'atténue généralement au moyen d'une application de glycérine et de borax (selon la B. P) Dans les intervalles on rince souvent la bouche (et la gorge aussi je suppose) avec une faible solution de permanganate de potasse.

Le Dr Bell recommande de supporter les forces du malade dès le début au moyen des stimulants en quantité suffisante et à doses répétées selon les indications ; la tolérance est parfois considérable, De plus, nourriture abondante, sous forme de soupe, gelée, lait, etc. Il faut renouveler l'air constamment. On peut le faire en toute sai-

(1) Cette dose recommandée par le Dr Bell ne me paraît pas bien forte, il serait peut être préférable de l'augmenter ; je l'ai donnée à des enfants beaucoup plus jeunes. Dr. R

son, sans danger, en prenant les précautions voulues, quand même le malade n'aurait pas d'autre salle à sa disposition. On ne doit pas négliger les autres moyens recommandés par les auteurs, tels que les fumigations de soufre dans les appartements occupés ou non par les malades, etc., etc.; en un mot, désinfecter la maison, les habits, et prendre toutes les autres précautions pour empêcher la maladie de se propager. Lorsque les taches sont disparues, il faut examiner souvent encore le patient, car on les a vues apparaître de nouveau à plusieurs reprises.

J'ai employé avec succès ce traitement depuis plusieurs années, cependant, comme il est parfois d'un emploi difficile, vû l'âge du malade, je serais heureux d'en avoir un autre plus simple et aussi efficace.

J'aimerais à savoir si les applications locales sont absolument nécessaires. Si on pouvait s'en dispenser, on s'éviterait beaucoup de trouble et d'ennui. Je les ai déjà mises de côté dans quelques cas que je croyais favorables, et la guérison a eu lieu. Je n'ose pas, cependant, recommander de les discontinuer.

De plus, doit-on croire que les succès qu'on obtient sont dus au traitement, ou bien, doit-on les attribuer à la force de la constitution des malades ou au peu de gravité de l'affection ? Si je ne me trompe pas, on prétend réussir aussi, en employant d'autres moyens. Cependant, comme les cas de mortalité sont toujours trop fréquents, je crains que nous n'ayons pas encore trouvé le véritable traitementcontre cette terrible maladie. Considérant les succès que j'ai obtenus, je n'ose pas laisser le traitement du Dr Bell pour un autre. Cependant je serais heureux si quelqu'un pouvait nous en indiquer un plus efficace.

Je laisse le traitement chirurgical aux chirurgiens.

Votre tout dévoué,

Montréal, 1er avril 1885. DR. R.

Bureau central d'examens.

MM. les Drs A. Lamarche et H. E. Desrosiers, directeurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Messieurs,

Je viens de prendre communication de votre article éditorial intitulé "Trop de médecins," publié dans le dernier numéro de L'UNION.

J'admets avec vous et avec votre correspondant que la profession médicale du pays souffre actuellement de *pléthore*. Sur ce point, il ne saurait y avoir de discussion, et je ne crains pas d'ajouter que les médecins sont devenus, depuis quelques années, une véritable *plaie d'Egypte* pour notre province. Aussi, il faut voir combien notre noble profession a perdu d'estime dans l'esprit du public.

Le moyen proposé par votre correspondant pour empêcher l'encombrement de la profession médicale n'a pas lieu d'être mis à exécution. Déjà, lors de la formation du Bureau actuel de Médecine, il a été compris et résolu que l'examen pour l'admission à l'étude de la médecine devait être confié à des examinateurs compétents, c'est-à-dire, à des professeurs dans l'enseignement. Nous avons compris alors que les membres du Bureau, pour la plupart sortis du collège depuis

un grand nombre d'années, n'étaient pas compétents à interroger les aspirants à l'étude de la médecine sur lesdifférentes branches du programme d'admission. C'est pour cela que deux professeurs français et deux professeurs anglais ont été choisis comme examinateurs. Et certes, il n'y a pas lieu de se plaindre de la décision et du choix du Bureau. Il suffit de nommer les abbés Verreault et Laflamme, les professeurs Howe et Miller pour que les plus exigeants soient satisfaits des examens que les élèves ont à subir devant ces messieurs. Nous, sommes également certains de l'impartialité des examinateurs puisque l'examen se fait sous un nom d'emprunt et sous enveloppe cachetée.

Ce n'est pas dans l'examen pour l'admission à l'étude qu'existe le mal dont parle votre correspondant, mais bien dans la collation des diplômes par les différentes universités du pays.

En effet, le rôle du Bureau de Médecine, lors de la délivrance de la licence, est purement passif; j'irai plus loin, et je dirai que son rôle est ridicule. Un commerçant, un barbier, un forgeron se présentent devant le Bureau, porteurs d'un diplôme *quelconque*, et le Bureau est obligé, *de par la loi*, de délivrer à ces individus le droit de vie et de mort par tout le pays. Cela est arivé et se fera encore, tant que la loi ne sera pas changée.

Pour vous convaincre que je partage entièrement votre manière de voir sur les moyens à prendre pour empêcher l'encombrement de la profession médicale par des nullités il me suffira de vous dire que j'ai proposé, secondé par le Dr Belleau, une motion demandant la création d'un bureau central d'examens, et cela, il y a un an ou dix-huit mois. Ce n'est qu'à la demande d'amis, *trop craintifs* je crois, que j'ai consenti, à la dernière réunion du Bureau, à laisser ma motion comme avis de motion, avec l'entente qu'elle serait discutée et mise aux voix à la prochaine assemblée du Bureau, qui aura lieu en mai prochain.

Ce qui m'a fait prendre la détermination de demander la création d'un bureau central, ce n'est pas tant la peur de l'encombrement de la profession que les conséquences des abus venus à ma connaissance personnelle, comme à celle de tout le Bureau. Un candidat, après s'être présenté deux ou trois fois pour subir son examen devant les membres du Bureau, et avoir *bloqué*, malgré toute l'indulgence de ses examinateurs, nous revenait six mois après, porteur d'un diplôme, et nous sommait, en termes plus ou moins agréables, de lui octroyer une licence pour pratiquer la médecine dans la province de Québec. Le président et les autres officiers du Bureau n'avaient plus qu'à apposer leurs noms sur un parchemin, et le candidat diplômé partait, alerte et joyeux, avec le droit de vie et de mort roulé sous son bras.

Pourriez-vous me dire pourquoi, sous ce rapport, la profession médicale n'est pas sur le même pied que les autres professions? Les avocats et les notaires ne font-ils pas subir par devant eux, l'examen final à tous ceux qui veulent se faire les *défenseurs de la veuve et de l'orphelin*, ainsi qu'à ceux qui devront recevoir les dernières volontés d'un mourant!

Puisque vous connaissez si bien la maladie de la profession, il ne vous reste plus qu'à faire part de vos idées aux confrères et de les supplier d'y apporter remède en votant pour ma motion à la prochaine réunion du Bureau.

Votre dévoué,

Québec, 16 mars 1885. Dr L. LaRue.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Diagnostic de la néphrite albumineuse chronique.—Clinique de M. le professeur JACCOUD à l'hôpital de la Pitié.—Je vous entretiendrai aujourd'hui du jeune malade couché au nº 15 de la salle Jenner, parce que je crois qu'il est particulièrement propre à vous montrer combien un cas en apparence le plus net peut offrir de difficultés au diagnostic. L'histoire de ce jeune garçon est fort simple : il est arrivé le 27 octobre. Dans quel état ? Le voici : avec un anasarque, de l'ascite, et un peu d'hydarthrose des deux genoux. Il était facile, d'après ses réponses, d'établir dans quelles circonstances s'était produite cette hydropisie. Voici ce qu'il racontait : cinq jours avant son entrée, étant en parfaite santé, il avait senti que ses paupières enflaient, et quatre jours après, il s'était trouvé enflé des membres supérieurs et du tronc jusqu'à la partie supérieure. Pour en finir avec l'anasarque, je dois vous dire que cet œdème, au point de vue de la coloration et de la résistance au doigt, ne présentait pas les caractères ordinaires. C'était un œdème un peu dur, qui donnait une certaine impression de chaleur à la main. Moyennant ces détails, j'en ai fini avec l'hydropisie.

Comme vous le concevez, l'urine fut examinée. On y trouva une certaine quantité d'albumine floconneuse, c'est-à-dire rétractile. Voilà le fait. Pour le moment, rien de plus net ; mais vous allez voir, derrière ces simples apparences, combien de réelles difficultés vont se présenter pour arriver à un diagnostic complet.

La première idée qui devait se présenter à l'esprit, c'était celle d'une scarlatine antérieure, car c'est justement de cette façon que se présente l'albuminurie aiguë consécutive à cette fièvre. Ce fut bientôt fait. Chez ce jeune homme, non seulement on ne trouva pas de scarlatine à sa connaissance, mais nous pouvions être encore bien certains qu'elle n'avait pas pu passer inaperçue, car nous n'en trouvions aucun vestige, ni sur la peau, ni dans les glandes, ni enfin dans le pharynx. Donc, la question de scarlatine mise de côté, il semble d'abord que le diagnostic devient plus facile. En effet, quelle autre idée une anasarque aiguë avec albuminurie abondante éveille-t-elle, si ce n'est la pensée d'une néphrite albumineuse aiguë.

Mais ce diagnostic est inadmissible, et ne pourrait être soutenu que par un médecin qui ignorerait les signes de cette affection. Quels sont donc ces signes qui faisaient défaut ? Quand une néphrite aiguë, de cinq jours de date, existe, il y a des douleurs lombaires, de la fièvre, des vomissements, et, dans l'immense majorité des cas, de l'hématurie ; de plus, la totalité de l'urine est diminuée dans ces premiers jours. Voilà les symptômes qui, ajoutés à l'anasarque, constituent la néphrite albumineuse aiguë. Ces symptômes, ici, faisaient défaut. Il n'y avait pas, en effet, de douleurs lombaires, de fièvre, d'hématurie, et la quantité d'urine ne présentait nullement la diminution nécessaire dans le premier stade. Vous savez, de plus, que la néphrite albumineuse aiguë est, en somme, une exception, et que, dans la majorité des cas, cette néphrite est chonique d'emblée.

Etait-il possible d'admettre une néphrite torpide datant de cinq jours? Je ne me croyais pas autorisé à penser ainsi, parce qu'il est contraire à toute observation connue que la néphrite chronique d'emblée puisse amener l'anasarque dans un laps de temps aussi court. Mais alors une autre interprétation se présentait, justifiée, celle-là, par un grand nombre de cas. Ne pourrait-il pas se faire que chez ce jeune garçon il y eût vraiment une néphrite chronique, mais avec cette différence que la néphrite serait ancienne et l'hydropisie récente? Nous rentrons ici dans une conjoncture extrêmement fréquente. Il y a des cas, en effet, dans lesquels l'hydropisie est le premier symptôme révélateur de la néphrite chronique. Pourtant, ces exemples ne sont pas aussi fréquents qu'on le croit, et il y a bien des années que je me suis efforcé de vous démontrer que, dans les cas où la néphrite est ignorée, il y a des symptômes qui se montrent avant l'hydropisie. Ce sont: tantôt un catarrhe bronchique d'autres fois des vomissements, une diarrhée rebelle, de la céphalalgie, des épistaxis, de l'insomnie causée par la nécessité d'uriner fréquemment, et des troubles de l'ouïe; ailleurs, enfin, et très exceptionnellement, de l'œdème pulmonaire ou laryngé. Eh bien! il m'a été impossible d'en faire surgir un seul de l'interrogatoire minutieux auquel le malade a été soumis.

Cela dit, est-il vraiment impossible que l'hydropisie soit le premier symptôme? Non. Nous pouvions donc appliquer cette notion. Devions-nous maintenant nous tenir d'emblée pour satisfaits? Non, pas sans discussion; aussi les difficultés vont-elles s'accumulant. Et d'abord, il y avait une petite anomalie: lorsqu'une néphrite chronique ancienne finit par amener de l'hydropisie sans qu'il y ait le moindre dérangement dans la santé, elle n'est pas d'emblée. Maintenant, pour ne rien omettre, vous me direz "l'œdème palpébral a duré quatre jours." C'est bien subtil, mais j'admets. Avons-nous lieu d'être satisfait de tout le reste? Pas le moins du monde. Dans les cas de ce genre, au moment où l'hydropisie vient fixer l'attention sur l'urine, elle offre les caractères de la néphrite albumineuse ancienne. Quels sont ces caractères? Décoloration, densité faible dépassant rarement 1012, albumine en quantité variable, diminution considérable de l'urée, des chlorures et des phosphates, voilà les caractères de l'urine. Dans cette néphrite chronique ayant déjà un certain âge, étaient-ils présents? Pas du tout. De décoloration? Aucune; au contraire, elle avait, dans les premiers jours, des caractères qui permettaient de la comparer à du bouillon concentré. Outre l'albumine rétractile, la densité n'était point faible, et il n'y avait pas de diminution de l'urée, des chlorures et des phosphates. Nous avons donc une série de différences notables entre l'urine de ce garçon et celle qui appartient à la néphrite chronique d'un certain âge.

Et la question des cylindres? Résultat quasi nul le premier jour. Ce n'est qu'après quelques jours, sous l'influence du traitement, qu'ils se sont montrés en plus grand nombre. Quels cylindres? Des hyalins; mais il faut savoir qu'ils ont perdu toute valeur dans ces dernières années. Ils démontrent seulement qu'il y a eu une exudation albumineuse dans les tubuli. Quels autres cylindres trouvait-on? Des cylindres dits granuleux, et ce sont ceux-là dont l'abondance a été croissant à mesure que la diurèse augmentait. Ces cylindres ont-ils une valeur comme signes de néphrite chronique? Oui, quand ils sont revê-

tus d'épithélium granuleux; non lorsqu'ils sont seuls, les recherches des micrographes ayant établi que ce ne sont que des hyalins dégénérés. En tout cas, à l'heure qu'il est, de pareils éléments constituent une présomption, mais non plus une preuve de néphrite chronique. Néanmoins, malgré ces desiderata, il est évident que c'est la dernière éventualité qui devrait être acceptée, sans plus d'examen, si nous n'avions pas à compter avec une autre possibilité.

Il est, en effet, une forme d'hydropisie connue de toute antiquité, sous les noms d'hydropisie essentielle, aiguë, à frigore, qui se développe chez des individus en parfaite santé, sous l'influence d'un refroidissement soudain. Comment se traduit cette hydropisie aiguë cliniquement? Généralement, lorsqu'il s'agit de réfrigération cutanée, par de l'anasarque, et lorsqu'on a affaire à une ingestion de boissons, par de l'ascite; souvent par les deux. L'hydropisie se développe d'un bloc avec un mouvement fébrile au début. Voilà ce qu'on en savait avant qu'on eût connaissance de l'albumine. On sait de plus, aujourd'hui, que dans l'immense majorité des cas, l'hydropisie de cette sorte est associée à une albuminurie abondante. Voilà un état pathologique parfaitement défini, et je n'ai pas besoin de vous dire qu'il y avait lieu de nous mettre en règle avec cette possibilité.

Et l'intérêt du diagnostic? Vous allez le comprendre; c'est qu'il comporte un pronostic tout différent, ces hydropisies actives bien traitées guérissant toujours. Malheureusement, la situation n'est pas absolument nette, parce qu'à côté de ressemblances entre l'état de notre malade et l'hydropisie en question, nous trouvions des dissemblances un peu embarrassantes. Je vais vous en faire juger. D'abord, trouvions-nous la cause? Non, il s'était bien exposé à un refroidissement chronique, mais de refroidissement aigu, je n'en ai pas trouvé de vestiges. Passons. Outre qu'il n'a jamais eu de fièvre, l'hydropisie au moins est-elle satisfaisante? Oui et non. Elle est satisfaisante par l'œdème un peu dur et un peu coloré, par la rapidité avec laquelle elle a disparu. Mais, différence gênante, pendant quatre jours, les paupières ont été enflées. Ce n'est pas comme cela que les choses se passent. L'enflure est survenue d'emblée en quelques heures. L'urine, elle aussi, offrait les mêmes difficultés. Elle avait bien les caractères physiques qui indiquent un processus récent, mais les cylindres granuleux ne cadraient plus du tout avec cette hypothèse.

Vous voyez que nous avions de quoi rester dans l'embarras. Fallait-il y rester indéfiniment? Non pas; il fallait attendre un autre critérium infaillible: le résultat du traitement. Mettant ce malade au régime lacté exclusif, il pouvait se faire, au bout de quelques jours, qu'il n'eût plus d'albumine. Cela nous permettrait-il de conclure? Pas encore. Mais à ce moment on devait revenir au régime partiel, et alors, si vous avez affaire à une hydropisie aiguë, vous ne verrez pas reparaître l'albumine, tandis que si, au contraire, c'est d'une néphrite qu'il s'agissait, vous êtes certain que le changement du régime ramènera l'albumine. Je dois vous dire que nous n'avons pas eu besoin d'attendre aussi longtemps, car il est survenu un incident qui a dissipé toutes mes incertitudes. Notre jeune homme a été pris de fièvre à la suite d'une angine érythémateuse sans que l'urine présentât de modifications. Or, s'il existe un groupe particulier de maladies dans lequel on o ce phénomène se produire, c'est bien dans la néphrite albumi-

neuse chronique, de sorte que, tenant compte de cet incident, de l'insuccès de la médication, de l'absence des cylindres, je conclus que ce jeune homme est bien sous le coup d'une néphrite parenchymateuse chronique datant de plusieurs mois, mais qui est restée silencieuse jusque dans ces derniers temps.—*Praticien.*

Traitement des fièvres.—A l'occasion d'une communication du Dr v. Jaksch au Collége des médecins de Vienne, au sujet du nouvel antipyrétique, la thalline, le professeur NOTHNAGEL a parlé des abus qui se commettent chaque jour dans le traitement de la fièvre typhoïde et en général de toutes les autres variétés de fièvre. La grande erreur du jour, a-t-il dit, consiste en ce que le médecin est sous l'impression que la fièvre doit être combattue à tout prix. Si, appelé auprès d'un malade, il constate une élévation de température, sans cependant être en état de pouvoir établir un diagnostic positif—vu l'absence d'autres symptômes,—de suite, il prescrit la quinine ou tout autre médicament antipyrétique, alors que, dans l'intérêt même du patient, une très petite dose seulement de quinine était indiquée.

Mais quel avantage retire t-on d'un traitement semblable? La quinine a t-elle une action antipyrétique à cette dose de dix à quinze grains par jour? Certainement non! Une semblable médication ne peut que nuire au malade. La fièvre n'est pas un phénomène que l'on doive ainsi combattre à tout hasard, comme la chose se pratique, par exemple, dans les cas de fièvre symptomatique d'une inflammation. La fièvre constitue une de ces réactions favorables qui, de leur nature, sont compensatrices; c'est comme un pont dont l'organisme se sert pour passer de l'état de maladie à la guérison."

Nothnagel rappelle en outre l'opinion émise par Metchinikoff, et suivant laquelle l'élévation de température empêche les micro-organismes de se propager. L'abaissement partiel ou même total de la température ne saurait abréger d'une seule journée la durée de la fièvre. Quelques affections à type typhoïde, il est vrai, qui suivent leur cours sans fièvre aucune et aussi sans aucune intervention thérapeutique, se terminent fatalement par quelque cause intercurrente. Seuls les cas d'hyperthermie persistante ou très considérable réclament l'emploi d'un traitement antipyrétique.—*Therapeutic Gazette.*

De l'emploi de la belladone contre le collapsus, par Reinhard WEBER (*Philadelphia Med. Times*). Il n'est pas de praticien qui n'ait été frappé de l'impuissance relative de la médecine contre le collapsus qui accompagne surtout les affections de l'abdomen. Combien de fois a-t-on prescrit en vain le musc, le camphre, l'alcool, etc., dans l'espoir de relever l'action du cœur, et de réchauffer les extrémités couvertes d'une sueur froide et visqueuse! D'après Weber la belladone serait douée sous ce rapport d'une action plus énergique. Ce fait lui paraît démontré par un grand nombre d'observations, dont quelques-unes sont jointes à son mémoire. Les doses qu'il emploie sont très faibles, et souvent il lui a suffi de 1 centigramme à 1 centigramme et demi d'extrait de belladone pour obtenir les effets les plus satisfaisants.

D'après Weber, la petitesse du pouls et le refroidissement périphérique qui s'accompagnent si souvent d'une élévation de la température intérieure, sont dus à une dilatation des capillaires et artérioles de

l'abdomen, dilatation qui est imputable à une parésie des vaso-moteurs. La belladone, à *doses faibles*, exercerait au contraire sur ces nerfs une action excitante. Avec des doses élevées, on obtient un effet diamétralement opposé.—*Bulletin bibliographique des sciences médicales.*

Traitement du delirium tremens par la strychnine.—M. le Dr Lardier, de Rambervillers, rapporte avoir guéri un cas de *delirium tremens* des plus violents par l'administration du *sulfate de strychnine* à la dose énorme de *cent huit milligrammes en vingt-trois heures.*

C'est au professeur Luton (de Reims), que nous sommes redevables de ce moyen thérapeutique puissant. La strychnine est, à n'en pas douter, le meilleur remède dont nous disposions contre l'alcoolisme; c'est presque un *spécifique.* En général, on n'a pas à user de doses aussi considérables. Nous avons vu maintes fois M. Dujardin-Beaumetz obtenir, en peu de jours, une sédation d'accidents alcooliques subaigus par des injections hypodermiques de sulfate de strychnine, de deux centigrammes, pratiquées une ou deux fois par jour.

Dans le cas de notre confrère de Rambervillers il s'agissait des accidents suraigus les plus menaçants, et nous concevons qu'il ait été poussé à user d'une dose si excessive en apparence. M. Lardier nous dit d'ailleurs: " J'en suis arrivé, grâce aux guérisons successivement enregistrées, à administrer la strychnine à mes alcooliques, sans témérité, mais sans crainte, intimement convaincu que, quelle que soit la dose à laquelle il faille atteindre pour obtenir l'effet thérapeutique, aucun accident n'est à craindre, lorsqu'on surveille de près son administration." Se défendant d'avoir, dans le cas actuel, donné une dose exagérée, téméraire, de strychnine, M. Lardier ajoute: " Cette dose est restée, pour moi, une dose thérapeutique; car je n'ai pas été au delà de l'effet cherché, voulu. Ma conviction est que toute substance, administrée à un *malade*, n'atteint la dose thérapeutique que lorsqu'elle produit chez ce dernier, toutes doses étant égales d'ailleurs, les effets constatés sur l'homme sain."—Notre confrère n'avait soin de n'administrer que de petites doses à la fois; 5 milligrammes de sulfate de strychnine étaient donnés chaque demi-heure, et ce n'est qu'après l'administration de 100 milligrammes en pilules et de 8 milligr. par injections hypodermiques, en 23 heures, que le *delirium tremens* a cédé, sans qu'on ait eu a constater le moindre symptôme de strychnisme.—*Concours médical.*

De la fièvre hystérique.—Communication de M. Debove à la *Société médicale des hôpitaux.*—Jusqu'ici l'existence de la fièvre hystérique a été rejetée par presque tous les auteurs, j'ai cependant observé un certain nombre de faits qui me semblent plaider en faveur de l'opinion contraire. Le plus souvent, lorsqu'on observe de la fièvre chez une hystérique à l'hôpital, on admet qu'il s'agit d'une tuberculose latente dont les signes physiques ne sont pas encore appréciables, mais cette hypothèse ne peut plus se soutenir lorsqu'on fait la même observation en ville sur des malades que l'on suit pendant plusieurs années.

Le fait dont je veux vous entretenir appartient précisément à cette catégorie: il s'agit d'une jeune fille que je soigne depuis cinq ans; âgée maintenant de 24 ans, elle est hystérique depuis l'âge de 7 ans, et elle a présenté successivement tous les accidents possibles de cette névrose:

paralysies, contractures, grandes attaques, etc. Il faut noter, toutefois, qu'en dehors des attaques elle n'offre pas de troubles psychiques, elle est même très raisonnable.

Il y a trois ans, cette malade présenta pour la première fois un accès de fièvre qui fut caractérisé par les trois stades de frissons, de chaleur et de sueur.

L'examen attentif des principaux appareils ne fournit aucun renseignement sur la cause de cet accès. Depuis cette époque, la température de la malade a été prise régulièrement tous les jours, jamais le thermomètre n'est descendu au-dessous de 38°, et plusieurs fois il a atteint un chiffre supérieur. J'ai d'abord attribué ces accès de fièvre à une intoxication paludéenne parce que la malade avait séjourné autrefois en Italie dans un pays où la fièvre existe à l'état endémique, mais j'ai dû adandonner cette idée parce que, d'une part, le sulfate de quinine est resté sans action sur la marche des accidents fébriles et que, d'autre part, malgré la persistance de cette fièvre, la malade ne présente aucun signe de cachexie; j'avais également supposé au début qu'il pouvait s'agir d'une tuberculose à l'évolution de laquelle j'allais assister, mais actuellement l'état de cette malade est tel que cette opinion n'est plus discutable. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les conditions dans lesquelles j'ai eu soin de me placer me permettent d'affirmer qu'on ne saurait invoquer ici la simulation.

Un des accès de cette malade a duré quatorze jours pendant lesquels le thermomètre a oscillé entre 40 et 41°, le pouls battait de 120 à 130 fois par minute, il y avait en même temps de la céphalalgie et de l'anémie; le sulfate de quinine étant resté inefficace, je prescrivis de l'antipyrine et la fièvre tomba subitement, cependant je ne voudrais pas en conclure que cette substance a été réellement la cause de la cessation de la fièvre.

En présence de ce fait, il semble difficile de ne pas admettre, par exclusion, qu'il s'agit chez cette malade, d'une fièvre hystérique. A diverses reprises, j'ai observé des faits semblables, mais pendant trop peu de temps pour en tirer une conclusion. Le fait précédent est, au contraire, à l'abri de ce reproche. Je ne vois pas, du reste, quelle objection théorique on pourrait opposer à l'existence d'une fièvre hystérique; je ne connais aucun fait de physiologie ou de pathologie qui soit de nature à la faire rejeter. Les conditions capables d'agir sur les centres thermiques ne se trouvent-elles pas réalisées dans l'hystérie?

Du reste, j'ai essayé de reproduire la fièvre hystérique par suggestion, comme on l'a fait pour les autres accidents de cette névrose. J'ai fait ces expériences sur un certain nombre de sujets des deux sexes, en me mettant à l'abri de la supercherie et des causes d'erreur: j'ai obtenu ainsi, dans la plupart des cas, une élévation de température qui a varié de 0.5 à 1°5. J'ai tenté également de provoquer, par suggestion, le refroidissement chez les mêmes sujets: dans ces derniers cas les résultats ont été contradictoires. Néanmoins, il me semble que ces expériences peuvent être invoquées comme un nouvel argument en faveur de la fièvre hystérique.—*Médecin praticien.*

Traitement de certaines formes de phthisie pulmonaire par le repos et l'usage de l'atropine à l'intérieur; par Roberts BARTHOLOW. (*American Journ. of Med. Sciences.*)—Dans la première partie de ce

travail, Bartholow insiste sur les dangers des exercices violents ou prolongés chez les phthisiques, surtout chez ceux qui présentent de la fièvre (ces exercices favorisent le mouvement de dénutrition et de consomption). Dans les cas chroniques, apyrétiques, l'exercice est souvent très utile, particulièrement au point de vue de l'appétit; mais il doit toujours être modéré.

Dans une seconde partie, Bartholow rappelle qu'il a, bien avant Sidney Ringer (en 1868), préconisé l'emploi de l'atropine pour combattre les sueurs des phthisiques. Il donne l'atropine à très petites doses, de façon à pouvoir continuer pendant quelques jours, et prescrit généralement $\frac{1}{400}$ de grain (0.00015) deux ou trois fois par jour.

A l'atropine il associe souvent la morphine pour calmer la toux, et quelquefois la strychnine contre les vomissements.—*Revue bibliographique des sciences médicales.*

Traitement de la pleurésie aiguë par le tartre stibié; par M. le professeur JACCOUD.—Depuis longtemps déjà, M. le professeur Jaccoud emploie dans la pleurésie aiguë le tartre stibié comme méthode de traitement; l'utilité incontestable de cette thérapeutique était encore démontrée récemment par l'exemple de deux malades de la clinique, qui atteints, l'un d'une pleurésie aiguë franche, l'autre d'une pleurésie aiguë symptomatique, ont guéri tous deux avec rapidité.

C'est surtout à des cas de ce genre, avec épanchement assez abondant, se formant assez rapidement, avec état fébrile assez intense que ce moyen est applicable. En pareil cas en effet, en dehors de l'intensité de la dyspnée, il n'y a pas d'indication pour la thoracentèse. Celle-ci ne peut intervenir comme moyen de traitement car elle n'agit pas sur la cause de l'épanchement, et c'est cette dernière qu'il faut combattre sous peine de voir la thoracentèse devenir nécessaire pour répondre à l'indication vitale. C'est donc surtout contre le processus aigu qu'il faut agir, action que l'on peut obtenir dans une certaine mesure par la digitale, la quinine ou l'acide salicylique. Ces médicaments diminuent la fièvre, atténuent les symptômes généraux, mais n'ont pas d'action directe sur l'épanchement qui reste stationnaire; ce qu'il faut, c'est un médicament agissant sur le travail inflammatoire dont la plèvre est le siège. Or, le tartre stibié, administré suivant certaines règles, présente cette triple action antipyrétique, éliminatrice et antiphlogistique. L'histoire d'un des malades du service montre comment ce résultat est le plus souvent obtenu.

Cet homme prit, le premier jour du traitement, 40 centigrammes de tartre stibié dans une potion; il prenait une cuillerée de cette potion d'heure en heure, et eut de nombreuses évacuations sous forme de vomissements et de selles. Le soir la température n'était que de 38°5, le lendemain matin 38°2 et le soir elle atteignit cependant 39 degrés. Dès ce moment, l'épanchement qui, au moment où le traitement fut commencé, était en voie d'accroissement, paraissait un peu diminué. On laissa encore passer un jour, et après un intervalle de deux jours une potion semblable à la première fut administrée. Les effets immédiats furent identiques à ceux obtenus la première fois, mais deux jours après, l'apyréxie était définitive, et cinq jours après cette seconde dose il y avait une diminution considérable de l'épanchement, diminution qui s'accentua rapidement et fut suivie d'une guérison complète.

Les choses se passent ainsi dans presque tous les cas ; chez quelques malades cependant, on est obligé d'arriver à une troisième dose de tartre stibié, mais cela est exceptionnel ; d'autres fois aussi, une seule administration est suffisante pour produire l'effet utile. M. Jaccoud, qui depuis quinze ans traite ainsi les pleurésies aiguës franches ne présentant pas l'indication urgente de la thoracentèse, dit avoir obtenu toujours le même succès.

Le mode d'administration consiste à donner 40 centigrammes, dose qui ne doit pas être dépassée pour un homme, et 30 centigrammes pour les femmes ou les hommes qui ne présentent pas une constitution bien robuste. Le médicament est pris dans un julep ordinaire, sucré avec un sirop quelconque, mais sans addition d'opium. L'opium aurait en effet l'inconvénient d'empêcher ou de retarder la diarrhée et les vomissements, d'obtenir en un mot la tolérance, alors que dans ce cas particulier il faut rechercher le maximum des effets d'évacuation.

A la fin de cette première journée de traitement, les malades présentent un certain état de dépression auquel on remédie par l'administration d'une potion cordiale. Le malade est toujours laissé au repos le lendemain, et ce n'est que le surlendemain, souvent même le quatrième jour, que la seconde dose est administrée après qu'on s'est assuré par un examen attentif que l'affection ne parait pas suffisamment enrayée, comme on le voit dans quelques cas après cette première dose. Enfin, si une troisième dose est indiquée, on doit laisser encore s'écouler un intervalle de un ou deux jours avant de l'administrer. Il peut arriver encore qu'après la deuxième dose l'état général soit modifié d'une façon très satisfaisante sans qu'il y ait de changement très notable dans l'état local. Dans ces cas, afin d'éviter une troisième potion stibiée, on peut donner un drastique, soit 25 ou 30 grammes d'eau-de-vie allemande additionnée d'autant de sirop de nerprun.

Il reste encore un point à préciser : cette médication implique comme indication la persistance du processus fébrile ; si l'on a affaire en effet à un pleurétique présentant encore un épanchement, mais n'ayant plus de fièvre, elle agit avec beaucoup moins d'efficacité ; cette action est encore notable lorsque la fièvre est tombée seulement depuis un ou deux jours ; s'il y a plus longtemps, l'action n'est plus supérieure à celle d'un purgatif ordinaire. Il faut donc voir dans cette méthode thérapeutique une médication exactement appropriée à l'état aigu de la maladie. Quant à la thoracentèse, et c'est là un point sur lequel insiste beaucoup M. Jaccoud, elle ne doit être considérée que comme un expédient des plus précieux en cas d'urgence, mais non comme un moyen de traitement.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'amputation de la jambe à lambeau externe.—De la torsion des artères.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Vous avez vu, couché au n° 6 de la salle Saint Côme, un homme âgé de trente-trois ans, qui a été amené dans le service pour y subir l'amputation de la jambe droite, ainsi qu'il nous l'a déclaré lui-même à son arrivée. Il est atteint d'une tumeur blanche du pied si étendue et si avancée, qu'elle n'est, en effet, justiciable que de ce seul genre d'intervention. L'ampu-

tation s'impose à ce point qu'il ne me paraît pas nécessaire de la justifier devant vous. Un seul motif aurait pu la contre-indiquer : c'est l'état général de ce malheureux qui présente les apparences de la misère physiologique la plus profonde. *A priori*, on serait tenté de le croire atteint de phthisie pulmonaire avancée, ce qui ne serait pas surprenant, puisque les tumeurs blanches ne sont le plus souvent qu'une manifestation locale de la tuberculose. Mais un examen attentif n'a fort heureusement rien révélé du côté de la poitrine. Les viscères sont sains et les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe droite. Dans quel lieu et par quelle méthode ?

Ferons-nous l'opération qu'en médecine opératoire on désigne sous le nom d'amputation *sus-malléolaire*, c'est-à-dire au quart ou au tiers inférieur de la jambe ?

Non, car nous serions trop rapprochés du foyer de la maladie, et quelques produits tuberculeux pourraient rester dans le moignon. Ce n'est pas que je sois hostile en principe à ce genre d'amputation qui rend, il est vrai, la prothèse plus difficile, mais il n'est pas applicable au cas particulier. Nous amputerons au lieu dit d'*élection*, c'est-à-dire à quatre travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia.

L'amputation de la jambe au lieu d'élection peut se pratiquer suivant deux méthodes : la méthode circulaire et la méthode à lambeau. La méthode circulaire n'est plus en discussion, elle a fait ses preuves, c'est une bonne méthode. Et cependant, en plaçant la cicatrice en regard des os de la jambe, il est évident qu'elle ne réalise pas l'idéal d'un bon moignon. L'idéal c'est, à mon sens, un lambeau unique, taillé de telle sorte que le plein du lambeau correspond au squelette. La méthode circulaire est bien ; la méthode à un lambeau est mieux.

Est-il donc défendu de chercher le mieux ? Je ne le crois pas ; aussi pratiquerons-nous une amputation à un lambeau.

La disposition des parties molles de la jambe ne se prête guère qu'a la confection d'un lambeau postérieur ou d'un lambeau externe. Le lambeau postérieur est nécessairement lourd et tend à attirer la cicatrice en arrière ; je lui préfère le lambeau externe. Nous allons donc pratiquer l'amputation de la jambe, suivant la méthode à lambeau, par le *procédé à lambeau externe*.

La première amputation de jambe que j'ai faite dans les hôpitaux, c'était en 1863, précisément à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Jobert (de Lamballe), que je remplaçais. J'employai le procédé à lambeau externe. Mon lambeau était bien taillé, s'appliquait bien, flattait l'œil, mais il se gangrena.

Le même résultat fut observé par d'autres chirurgiens, si bien qu'il ne fallait pas accuser l'opérateur, mais bien le procédé. Comment donc opérions-nous ? Nous suivions le procédé de Sédillot, qui consiste à tailler le lambeau de dedans en dehors, c'est-à-dire par transfixion.

Je vais reproduire sur le tableau une coupe de la jambe, qui vous permettra de bien comprendre ce procédé. Le couteau, enfoncé un peu en dehors de la crête du tibia, au point où doit porter la section de l'os, rasait le péroné pour sortir le plus en arrière possible sur la face postérieure de la jambe, puis descendait le long de la face externe, de façon à tailler un lambeau d'une longueur en rapport avec le diamètre du membre. C'est encore ainsi que procèdent actuellement quelques

chirurgiens qui n'ont sans doute pas réfléchi au mode de production de la gangrène du lambeau.

Je crois avoir signalé le premier, il y a bien des années déjà, dans mes cours d'anatomie à l'amphithéâtre des hôpitaux, la cause de la gangrène du lambeau taillé par le procédé de Sédillot.

Regardez cette coupe de la jambe, voyez le siège qu'occupe l'artère tibiale antérieure profondément située entre le tibia et le péroné, et vous comprendrez sans autre démonstration qu'il est matériellement impossible que l'artère tibiale antérieure soit comprise dans le lambeau, si on le taille par transfixion, car cette artère étant son principal, sinon son exclusif moyen de nutrition, il n'est pas surprenant qu'il soit frappé fréquemment de gangrène partielle ou totale.

Au début de ma pratique j'avais absolument renoncé au lambeau externe, et, dans mes cours de médecine opératoire, à Clamart, je conseillais de n'y jamais recourir.

J'ai changé d'avis en changeant de procédé, et voici comment on doit opérer pour éviter sûrement la gangrène et obtenir les bénéfices du lambeau externe.

Il faut plonger le couteau à un centimètre environ en dedans de la crête du tibia et descendre verticalement jusqu'au point qui doit servir de limite inférieure au lambeau (je prends une fois et demie le diamètre du membre) ; on coupe alors la peau en travers jusqu'à la face postérieure de la jambe, et on remonte sur celle ci jusqu'à ce qu'on soit arrivé au niveau du point de départ. La peau devant toujours dépasser les muscles, il faut la détacher de l'aponévrose jambière sur la hauteur de deux travers de doigt. Vient ensuite le temps important de l'opération et d'où dépend le succès. On insinue un bistouri entre la face externe du tibia et le muscle jambier antérieur, que l'on détache de l'os jusqu'au point où on doit le couper en travers, c'est-à-dire au niveau de la peau rétractée. On le coupe alors en travers ainsi que l'extenseur commun des orteils et l'extenseur propre, les péroniers latéraux et une partie du soléaire, muscles qui doivent doubler le lambeau. La section doit porter sur le ligament interosseux qu'il ne faut pas craindre d'entamer. On relève alors le lambeau en rasant le plus possible le tibia, le péroné et le ligament qui les unit.

Cette dissection est assez pénible et surtout beaucoup moins brillante que la transfixion, mais elle donne toute sécurité pour l'avenir du lambeau. La peau de la face interne et postérieure de la jambe est divisée à un travers de doigt au-dessous de la base du lambeau, et l'opération est ensuite terminée à l'ordinaire. Je vous ferai seulement remarquer que je n'abats point la crête du tibia avec la scie ; je la lime avec l'instrument que vous voyez ; c'est une lime concave que m'a construite M. Favre, à l'aide de laquelle on arrondit en un instant l'arête tranchante du tibia.

Les temps qui suivent sont : l'hémostase, l'asepsie de la plaie, la suture avec drainage et le pansement de Lister. Je désire m'arrêter un instant sur la manière dont je ferai l'hémostase.

Vous me verrez employer la *torsion des artères*. Comme c'est une méthode que vous me verrez mettre constamment en pratique pour nos grandes opérations et sur les gros vaisseaux, je désire m'expliquer sur ce point, puisque l'occasion s'en présente.

Je ne ferai pas l'historique de cette intéressante question ; vous la

trouveriez au besoin dans le mémoire que je lus à la Société de chirurgie sur ce sujet il y a cinq ou six ans. Qu'il me suffise de vous rappeler que la torsion des artères fut, en quelque sorte, réinventée en 1829 par Amussat. Le procédé d'Amussat était compliqué, et c'est sans doute l'une des raisons pour lesquelles il ne tarda pas à tomber dans un oubli complet.

J'emploie la torsion des artères depuis 1871. Dans les hôpitaux Saint-Antoine, Saint-Louis, Lariboisière et Beaujon, où je suis passé successivement, j'ai tordu, vous devez le penser, un bien grand nombre d'artères de tout volume, et cette longue pratique n'a fait que confirmer mes premières impressions. Est-ce qu'il s'agit de faire le procès à la ligature, de vouloir lui substituer partout et quand même la torsion ? Non, la ligature est un excellent, un précieux moyen d'hémostase ; mais la torsion vaut encore mieux, voilà mon opinion. J'admets que ces méthodes aient une valeur égale ; n'est-ce donc rien de posséder deux méthodes au lieu d'une pour se rendre maître de l'hémorrhagie ?

Voici comment vous me verrez procéder dans un instant. J'ai pour tout instrument une pince qui diffère seulement des pinces à torsion ordinaires par des mors plus longs et plus larges, de façon à s'adapter au calibre de toutes les artères, même les plus grosses.

L'extrémité de l'artère étant découverte et saisie comme si on y voulait mettre un fil, mais saisie dans toute sa largeur, je la tords jusqu'à ce que le bout se détache. C'est, en somme, la manœuvre de la ligature, moins la pose du fil. La torsion exécutée suivant mon procédé est donc plus simple encore que la ligature. Supposez un chirurgien sans aide, à la campagne, par exemple ; supposez-le aux prises avec une artère très profondément située, je vous assure que la torsion lui sera d'une grande ressource.

Quel est le mécanisme de l'hémostase à la suite de la torsion ? Il est des plus simples : après un nombre de tours variable selon le volume de l'artère, les tuniques interne et moyenne se brisent ; les bords de la division se rapprochent l'un de l'autre, se touchent et obturent complètement la lumière du vaisseau à la manière des valvules sigmoïdes de l'aorte. A ce moment la tunique externe n'a pas encore cédé ; on continue la torsion jusqu'à ce quelle se détache. L'artère tordue se termine par une sorte de petit tire-bouchon qui contribue encore à oblitérer le vaisseau.

La torsion donne-t-elle une aussi grande sécurité que la ligature ? Au point de vue de l'hémostase primitive, on pourrait peut-être répondre que la ligature offre plus de sécurité. La torsion a pu être incomplète, c'est-à-dire ne pas comprendre toute la largeur des parois ; la tunique moyenne est peut-être altérée, privée de ses propriétés rétractiles ; mais remarquez que ce point est de peu d'importance ; car si l'hémostase n'est pas complète, vous le voyez de suite et pouvez y porter remède, aussi bien que lorsqu'un fil a été mal placé.

Mais lorsque l'hémostase primitive est effectuée, la torsion donne-t-elle plus de sécurité que la ligature contre l'hémorrhagie secondaire ? J'affirme que oui. Pour qu'une hémorrhagie secondaire se produise, il faudrait que l'artère se détorde. Il est déjà peu vraisemblable que l'artère, qui est restée tordue durant toute la durée du pansement, se détorde ensuite ; mais j'ajoute que c'est impossible. La physique nous enseigne que lorsque l'on a fait dépasser à un corps élastique les limites

de son élasticité, il est impuissant à revenir à son premier état ; or, l'élasticité de la tunique moyenne n'est pas une propriété vitale ; c'est une propriété de tissu que l'on met en jeu sur le cadavre aussi bien que sur le vivant, ainsi que je l'ai montré par nombre d'expériences faites à Clamart.

Lorsque vous enlevez le tube d'Esmarch, le sang se précipite dans l'artère et frappe contre le bout tordu. A ce moment, la rétraction sur les deux tuniques artérielles s'oppose à l'issue du sang, car il n'y a pas encore de caillot. Supposez qu'une ligature tombe dans ces conditions. c'est-à-dire quand il ne s'est pas formé de caillot dans l'artère, ou bien lorsque le caillot est insuffisant : n'aurez-vous pas une hémorrhagie secondaire ? Dans les instants qui suivront l'opération, le caillot commencera à se faire dans le bout tordu, de telle sorte qu'il est rationnel de penser que si l'hémorrhagie ne s'est pas produite immédiatement par le bout d'une artère tordue, alors qu'il n'y a pas de caillot, elle ne se produira pas ultérieurement alors qu'un caillot se sera développé.

Fort de la théorie que je viens d'exposer sommairement et d'une pratique déjà longue, j'affirme que la torsion des artères met absolument à l'abri de l'hémorrhagie secondaire, ce qui constitue un avantage sur la ligature.—*Tribune médicale.*

Contribution au traitement de l'empyème.—Le docteur CABOT a ouvert la plèvre dans 14 cas, 11 ont guéri, 2 ont été suivis de mort par tuberculose pulmonaire : une fois, la mort a eu lieu sans causes connues, vingt trois jours après l'opération, l'affection datait de quatre ans.

M. Cabot fait l'incision dans le huitième, et, par exception, dans le septième espace intercostal, en avant du muscle grand dorsal ; l'ouverture est ainsi suffisamment basse pour être déclive dans toutes les positions du corps, excepté quand le malade est couché sur son côté sain. A l'aide d'une aiguille cannelée dont il donne le dessin, il pratique d'abord une ponction puis, sur la cannelure de l'instrument, il glisse le bistouri.

Le pansement est celui de Lister appliqué de la façon suivante : 1° Deux tubes droits, accolés et très courts, ne dépassant pas la paroi interne costale et coupés au ras de la peau ; 2° gaze chiffonnée trempée dans une solution antiseptique (eau chlorurée) ; 3° large makintosh ; 4° 12 à 15 couches de gaze sèche ; et enfin, 5° une épaisse couche de coton maintenue à l'aide d'une bande de flanelle ou de gaze. Quelque ancienne que soit la date du début de l'affection on doit tenter l'empyème, et si l'on trouve le poumon entouré d'une coque fibreuse, empêchant son expansion, l'on devra pratiquer la résection partielle de plusieurs côtes.—*Revue de chirurgie.*

Pansement des amputations du sein (1).—M. TRÉLAT.—La réunion immédiate et le pansement ouvert sont également applicables au traitement des plaies d'amputation du sein, cela dépend de chaque cas particulier, et sous ce rapport notre manière de voir ne diffère pas essentiellement de celle de M. Verneuil. Il nous dit qu'il exagère un peu sa tendance à rejeter la réunion immédiate, admettons que de notre côté nous exagérions la tendance inverse, et l'accord ne tardera pas à être complet entre nous.

---

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de mars.

M. Desprès nous dit que Velpeau et Nélaton ne faisaient pas de réunion immédiate, cela est vrai, mais il devrait ajouter que s'ils ne la faisaient pas c'est qu'ils ne savaient pas la faire comme nous la faisons aujourd'hui ; c'est surtout et avant tout parce qu'ils ne possédaient pas les éléments de succès dont nous disposons à l'heure actuelle.

Sans doute j'ai reconnu que la réunion immédiate était une manœuvre difficile, qui exigeait des soins divers de la part du chirurgien, mais cette objection est applicable à tout ce que nous faisons, et ne prouve qu'une chose, c'est que pour être chirurgien on a besoin de beaucoup d'exercice.

D'ailleurs, même dans les cas où nous reconnaissons que la réunion totale est impossible, il nous arrive tous les jours de tenter une réunion partielle qui abrège la durée du traitement.

On nous reproche les ablations incomplètes destinées à conserver une étendue de peau suffisante pour la réunion. C'est là une erreur, nous faisons le diagnostic de l'étendue du mal, tout comme les autres chirurgiens, et comme eux nous enlevons largement sans nous préoccuper des pansements ultérieurs. La meilleure preuve qu'il en est bien ainsi, c'est que nous pouvons citer des exemples de survie pour le moins aussi longue que ceux observés par M. Desprès.

M. Polaillon.—Je ferai d'abord remarquer à M Desprès qu'il se trompe en citant l'observation d'une de mes amputées du sein, morte d'infection purulente. Je n'ai pu publier une semblable observation, puisque je n'ai jamais perdu de malade dans de pareilles conditions.

Je suis partisan de la réunion immédiate, mais à la condition, bien entendu, que les lèvres de la plaie puissent arriver en contact. Je favorise même au besoin ce rapprochement par quelques petits tiraillements.

Je fais usage du pansement de Lister en ayant soin de lui faire dépasser largement les limites du mal. Je ne doute pas que c'est à cette circonstance que je dois de n'avoir pas eu d'infection purulente.

M. Le Dentu.—En somme, il parait bien difficile d'être absolu en pareille matière.

Lorsque l'affrontement des lèvres de la plaie se fait d'une manière pour ainsi dire spontanée, il me semble que la réunion s'impose et qu'elle ne doit pas être faite dans le cas contraire.

Maintenant, il y a une méthode mixte qui consiste à réunir dans une certaine étendue et à laisser le reste librement ouvert. Cette méthode s'applique à la généralité des cas.

En ce qui concerne les accidents possibles, je crois que le mode de pansement joue à cet égard un rôle insignifiant. Je n'ai pas eu plus d'accident en réunissant qu'en ne réunissant pas.

Je crois également que le mode de pansement est sans influence sur la récidive. D'ailleurs, les conditions de cette récidive nous sont complètement inconnues.

M. Pozzi.— M. Le Dentu dit que l'on ne doit réunir que lorsque les lèvres de la plaie s'affrontent pour ainsi dire spontanément, sans traction. C'est là un point qui mérite d'être précisé.

C'est ainsi, par exemple, que l'on doit savoir que la réunion de la peau, impossible avant l'apposition des sutures profondes, devient très facile après que ces sutures ont été mises.

J'ajoute qu'une certaine traction exercée sur la peau, lorsqu'elle

n'est pas excessive, est une bonne condition de succès ; elle a pour conséquence, en effet, une compression et une immobilité des parties divisées, ce qui doit toujours être recherché avec soin.

J'ajoute qu'il faut faire une contre-ouverture à la partie la plus déclive de la plaie, et y placer un tube.

M. Marc Sée.—Je réunis toutes les plaies, sauf quand c'est mécaniquement impossible, et j'ajoute que cela est possible, même dans le cas où cela semblait impossible *a priori*.

En ce qui concerne le drain, je l'enlève dès le lendemain de l'opération.—*Médecin praticien.*

Traitement du tétanos ; par M. le professeur Verneuil. — Les moyens que je mets en usage contre cette terrible maladie sont les suivants :

1° *Immobilité complète*, que je réalise en plaçant le malade dans une grande gouttière de Bonnet ;

2° *Température constante et élevée*, *sudation modérée*, obtenues par l'enveloppement du corps tout entier dans une épaisse couche d'ouate ;

3° *Sommeil ininterrompu*, coma chloralique continué pendant vingt jours environ.

Assimilant mon malade à la grenouille soumise à l'intoxication strychnique, au tétanos expérimental, je m'efforce d'abolir tout mouvement, de supprimer toute cause d'action réflexe et je le mets à l'abri des spasmes qui en seraient la conséquence.

Pour la chaleur, ce n'est pas d'aujourd'hui qu'on en rencontre l'efficacité ; chacun se rappelle l'histoire du soldat dont parle Ambroise Paré et qui fut guéri après avoir été enterré dans du fumier. Aussi a-t-on souvent cherché à réaliser cette condition au moyen de bains ou de séjours plus ou moins prolongés dans des étuves ; mais les déplacements imposés en pareil cas, les mouvements, les refroidissements inévitables, les frictions nécessaires pour sécher le corps rendent ces moyens dangereux et déterminent des crises d'actions réflexes redoutables. Il n'en est pas de même si l'on enfouit le malade dans un lit de coton, si on l'entoure de 7 ou 8 centimètres d'ouate ; on favorise ainsi, et d'une façon non interrompue, un phénomène normal du tétanos : la transpiration.

Enfin, j'obtiens par le chloral un sommeil continu. La première application que je fis de ce médicament, en pareil cas, date de quinze ans, et j'en communiquai l'heureux résultat à l'Académie des sciences ; depuis cette époque, il m'a donné en moyenne une guérison sur deux cas de tétanos. *A quelle dose* doit-on l'administrer ? Sur ce point, je ne puis faire aucune réponse précise ; pour certains malades, 4 grammes en vingt-quatre heures suffiront, pour d'autres ce n'est pas trop de 15 grammes. Il faut que le coma soit constant et que le sujet retombe dans son sommeil dès qu'on cesse de l'interroger ou de le tenir éveillé pour lui ouvrir la bouche et y faire pénétrer la nourriture. Ce que je puis affirmer, c'est que je n'ai jamais observé d'accidents gastriques, quelle que fût la quantité de chloral ingérée, et que, quand un obstacle m'interdisait la voie stomacale, j'ai eu recours à l'absorption par le rectum, sans m'être vu jamais dans la nécessité d'ouvrir la veine pour y faire pénétrer une substance que Porta et quelques chirurgiens italiens ont d'ailleurs préconisée comme coagulant le sang dans le traitement des varices. *Combien de temps* doit durer ce traitement ? Quinze

à dix-huit jours au moins. Il faut se rappeler, en effet, qu'on ne jugule pas le tétanos, et, si l'on se contente d'un premier soulagement, on s'expose, en cessant l'administration du soporifique, à voir récidiver la maladie au quinzième, au vingtième jour et plus tard encore, et le malade succomber. Deux semaines représentent donc un minimum pour la durée de ce sommeil thérapeutique, et la prudence exige qu'on ne le suspende pas avant quatre jours pleins, écoulés depuis la disparition complète des spasmes et de la contracture. Tout au plus pourra-t-on, si le mieux est très accentué, diminuer progressivement la dose de 12 grammes, par exemple, jusqu'à 6 ou 8 grammes par vingt-quatre heures.

Quand le chloral n'est pas absorbé, ni par l'estomac, ni par le rectum, on peut avoir recours à l'injection intraveineuse ; mais cette opération a deux graves inconvénients ; le danger des thromboses et l'impossibilité de renouveler quotidiennement l'opération.

Quand la contracture du cœur où des muscles bronchiques menace de mort le malade, il vous reste deux moyens : les courants continus et la trachéotomie.

Si le malade était exposé à mourir de faim ou de soif par dysphagie, dans ces formes hydrophobiques où la sonde œsophagienne elle-même est repoussée, je me déciderais peut-être à faire la gastrotomie.

En tout cas il ne faudra jamais perdre de vue la trilogie de ma formule thérapeutique : tranquilité, chaleur et sommeil constants.—*Revue de médecine de Toulouse.—Revue médicale*

Variété de fausse réduction des hernies (1).—La réduction d'une hernie étranglée, après la kélotomie, est un temps opératoire qui souvent présente de sérieuses difficultés ; soit que la hernie soit très volumineuse, que l'anneau soit trop serré, ou qu'il y ait des adhérences, soit encore qu'il existe quelque disposition anormale dans le sac ou autour de lui, on éprouve une résistance plus ou moins difficile à vaincre. Le Dr Berger a étudié à fond, dans son intéressant travail, les accidents qui peuvent alors survenir. Voici en quelques mots en quoi ils consistent : l'intestin ne peut repasser dans le trajet herniaire, ni traverser l'orifice abdominal qui, souvent très profond, n'a point été atteint par le débridement ; refoulant alors le péritoine, il vient, après avoir passé à travers l'incision pratiquée au sac, se loger entre le péritoine décollé et la face profonde des aponévroses de l'abdomen. Depuis le livre d'Arnaud, en 1730, jusqu'à nos jours, il n'existe que douze à quinze observations très authentiques de faits de ce genre ; mais il est possible et presque certain que ces accidents sont plus fréquents qu'on ne le croit.

On les a observés aussi souvent dans les hernies inguinales que dans les crurales ; mais, dans les deux cas, la place que va occuper l'intestin est différente. Dans les inguinales, en effet, il va se loger en haut et en dehors dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque, tandis que dans les crurales il est refoulé soit en bas et en arrière dans le petit bassin, soit en dedans derrière la symphise pubienne et devant la vessie.

Dans tous les cas l'anse était hors du sac herniaire, mais la cause de l'obstacle a quelquefois échappé à l'observation : dans quelques faits,

(1) Berger, in *Revue de Chirurgie*, 1884, octobre et décembre.

l'ectopie du testicule à l'anneau explique le fait ; une fois l'artère ombilicale formait une bride saillante s'opposant à la rentrée de l'anse dans le ventre. De l'enclavement dans cette cavité pré-abdominale résulte une coudure très-brusque de l'intestin au niveau du collet du sac et un obstacle insurmontable à la circulation du sang et des matières.

Presque toujours on relève dans les procédés opératoires quelques fautes qui ont pu favoriser la fausse réduction. D'abord, pour les hernies inguinales, on a presque toujours eu affaire à des hernies congénitales ; on sait que, dans ces variétés, le trajet est souvent très long et l'orifice assez profond. Alors, si l'on a pas le soin de bien pénétrer jusqu'à l'obstacle réel, on laisse subsister l'étranglement et on ne le débride pas. Dans tous les cas la difficulté de la réduction a fait exécuter aux opérateurs des manœuvres violentes, des débridements nombreux, qui ont eu pour résultats de dissocier les tissus, de dilater le passage de la hernie à travers l'orifice fait au sac et, en définitive, on a placé l'intestin dans une nouvelle position.

La plupart du temps on ne s'est point aperçu, aussitôt après l'opération, de la maladresse commise ; cependant quelques opérateurs ont remarqué que l'anse intestinale n'avait pas filé à la fin de la réduction, aspirée pour ainsi dire par l'abdomen comme on le voit d'ordinaire ; de plus ils ne trouvaient pas le trajet libre comme il doit l'être après une réduction complète, néanmoins ils passaient outre. Les phénomènes d'étranglement continuaient et amenaient la mort.

M. le Dr Berger tire de ces faits des conclusions qui intéressent au plus haut point le praticien. Il faut s'assurer exactement du point où siège l'obstacle. On fait alors un petit débridement, et on essaie de réduire ; si l'intestin résiste, de peur de le refouler au lieu de le réduire il faut agrandir les incisions extérieures et bien pénétrer couche par couche jusqu'au siège précis, parfois très profond, de l'étranglement. L'écoulement du liquide péritonéal est un excellent signe de la rentrée de l'intestin, et, quand celui-ci est réellement rentré, le doigt peut librement explorer le voisinage de l'orifice dans l'abdomen et sentir les anses intestinales libres. Quand on arrive près d'un malade qui a été victime d'une fausse réduction, on s'en assure en constatant que l'orifice n'est pas libre ; on doit alors retirer l'intestin de sa mauvaise position, tâcher d'aller lever l'obstacle réel, s'assurer que l'intestin n'est pas malade. Si ces manœuvres ne peuvent se faire facilement, M. Berger conseille d'inciser largement la paroi abdominale, de faire une laparotomie latérale pour arriver directement sur l'obstacle. — *Concours médical.*

Traitement de l'entorse.—Suivant M. Marc Sée, le traitement de l'entorse comporte deux indications :

1° Provoquer, dans le plus court espace de temps possible, la résorption des liquides épanchés autour ou dans l'intérieur de l'articulation ;

2° Favoriser la cicatrisation des parties lésées, en assurant l'immobilité de la jointure.

Or, tous les traitements institués jusqu'alors ne remplissaient pas ces deux indications. De plus, certains d'entre eux étaient absolument insuffisants, quand ils n'étaient pas préjudiciables au malade. Seul, le massage, qui jouit encore d'une très grande vogue, paraissait présenter de réels avantages. Mais, à y regarder de près, il ne peut être

d'un grand secours dans le cas d'entorses graves; il n'a jamais pu guérir que des entorses légères, et, dans ses cas, le repos seul aurait aussi bien agi.

Le traitement que M. Marc Sée propose, et qu'il a employé avec succès, est des plus simples. Il ne demande ni le temps, ni la patience, ni l'habileté qu'un bon masseur doit posséder. De plus, il possède les avantages du massage, sans en avoir les inconvénients.

Une bande de caoutchouc, longue de 1 à 2 mètres et large de 6 centimètres, est appliquée sur l'articulation entorsée. On a soin de garnir les méplats avec de l'ouate et d'éviter une trop forte compression sur les saillies pour ne pas déterminer d'eschares. Il ne faut pas non plus que la bande fasse éprouver de douleur au malade. Dans ce cas, on l'enlèverait pour l'appliquer de nouveau.

Cette bande agit, comme le massage, en provoquant la résorption des liquides épanchés. Elle remplit la première indication du traitement. De plus, elle amène l'immobilité, qui est la seconde indication. Cette immobilité pourrait être mieux assurée en enveloppant le membre d'ouate et roulant une bande de toile par-dessus, ou même en appliquant un petit appareil.

Ce traitement serait, suivant M. Marc Sée, tout autant efficace dans les entorses avec arrachement osseux que dans les entorses les plus simples, ce qui constitue sa supériorité sur le massage, qui ne pourrait être que dangereux dans les cas où des fractures accompagnent l'entorse.—*Revue médicale.*

Des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la gorge.—Le Dr James Grey GLOVER fait observer que dans les meilleurs livres classiques de chirurgie, les vomitifs ne sont pas indiqués comme moyen d'expulser les corps étrangers logés dans la gorge; aussi, à l'appui de cette thèse, vient-il apporter le fait d'une femme ayant avalé un morceau d'os et présentant tous les symptômes des corps étrangers des voies aériennes. L'auteur prescrivit un vomitif (sulfate de zinc), et, après quelques efforts de vomissements, la malade ne tarda pas à rejeter le corps du délit, qui était un os de mouton. Dans deux autres cas, il put agir de la même manière avec un pareil succès.

Les vomitifs sont, en effet, un bon moyen pour déloger les corps étrangers de la gorge; mais l'auteur aurait peut-être dû faire remarquer tout d'abord qu'il faut être fixé sur le siège exact des corps étrangers. En effet, si ce dernier siège dans l'arrière-gorge, en dehors du larynx, les vomitifs donnent d'excellents résultats; si, au contraire, il est dans l'organe vocal ou la trachée, le vomitif amène parfois son déplacement sans parvenir à le faire rejeter, et, dans ce cas, la mort du malade peut être la conséquence d'une manœuvre intempestive et faite un peu au hasard.—*Lancet.—Revue bibliographique des sciences médicales.*

Traitement de l'hydarthrose par les lavages phéniqués.—On sait combien sont rebelles certaines hydarthroses du genou; les injections modificatrices de teinture d'iode ont souvent donné ou des accidents ou des résultats imparfaits. Le Dr DELENS, cherchant un moyen plus efficace, a essayé les lavages articulaires avec une solution d'acide phénique à 2½ pour 100 et il présente une série de huit cas où ce traite-

ment a pleinement réussi. Il pratique une ponction avec un moyen trocart, à la partie supérieure et externe du genou, c'est-à-dire au niveau du plus grand cul-de-sac de la synoviale ; le liquide contenu dans l'article s'écoule ; alors on injecte la solution phéniquée, on masse légèrement la jointure, et on lui imprime quelques petits mouvements afin que le liquide baigne bien tout l'intérieur de la synoviale, puis on le laisse ressortir, et on recommence la même manœuvre jusqu'à ce qu'il ressorte parfaitement clair. On place ensuite le membre dans une gouttière et on établit une légère compression ouatée. Au bout d'un jour, en moyenne, l'articulation devient douloureuse, et, dans sept cas sur huit, au second jour, il y avait un mouvement fébrile montant à 3 9°. Il dure peu, et bientôt les phénomènes inflamatoires se calment, le liquide articulaire, reproduit dans les deux premiers jours après l'opération, se résorbe et les malades, opérés par M. Delens, ont pu se lever et marcher très bien au bout de 12 à 30 jours. L'appareil aspirateur de Dieulafoy, avec le trocart à double courant, est l'instrument le plus commode pour pratiquer cette opération et éviter l'introduction de l'air dans la jointure.—*Concours médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Emploi des anesthésiques durant le travail.—Le professeur PARVIN recommande beaucoup l'usage des anesthésiques durant le travail de l'accouchement, et enseigne "que non seulement on peut les employer en toute sécurité, mais aussi qu'ils peuvent rendre de véritables services en abrégeant la durée du travail." L'éther doit être préféré, vu que le chloroforme, d'après l'auteur, est plus apte à être suivi d'une diminution dans l'intensité des douleurs. L'anesthésie doit être obstétricale et non chirurgicale, c'est-à-dire être poussée au point de diminuer seulement la sensibilité douloureuse et non pas d'abolir tout-à-fait la volonté. La sécurité des anesthésiques dans ces cas repose sur l'intermittence des inhalations (durant les douleurs seulement) et sur le fait que les contractions de l'utérus stimulent la respiration et favorisent la congestion du cerveau. La douleur est une indication de l'anesthésie surtout au moment où la dilatation de l'os se termine et quand la tête franchit la vulve. L'anesthésie peut devenir dangereuse et doit en conséquence être suspendue quand, dans les présentations du siège, les hanches sont expulsées. Par l'emploi des anesthésiques, la plupart des femmes ont une maladie plus heureuse, leur convalescence étant également plus rapide et plus normale.—*College and Clinical Record.*

Emploi et abus du forceps.—Extrait d'une clinique de M. le professeur GOODELL à l'hôpital de Philadelphie.—Les déchirures du périnée arrivent, que l'accoucheur se soit ou non servi du forceps, mais dans la plupart des cas, elles résultent de l'emploi, ou mieux, de l'abus de cet instrument. Laissez-moi ici vous donner un conseil. Quand le temps est arrivé d'appliquer le forceps, appliquez-le et attirez hardiment la tête en bas, mais quand celle-ci est assez descendue sur le périnée pour commencer à le distendre, enlevez alors l'instrument. Je

ne crois pas qu'aucun de vous soit actuellement en état de pratiquer la délivrance de la tête au moyen du forceps. La tentation qui se présente alors est de faire tourner la tête trop tôt. Si vous enlevez le forceps, il vous arrivera rarement d'avoir ce qu'on appelle une mauvaise déchirure, et si cette dernière se produit nonobstant, vous n'encourrez aucun blâme. Pour ma part, il m'arrive bien rarement de terminer le travail au moyen du forceps. Quand le périnée commence à proéminer, je me contente de soutenir les lames de l'instrument afin de m'assurer si les contractions utérines sont assez fortes pour terminer le travail. Si oui, j'enlève le forceps.

On fait parfois un tel abus de cet instrument que Baudelocque a eu, je crois, raison de dire que le forceps avait fait plus de mal que de bien. Il faut beaucoup de savoir et de jugement pour terminer un accouchement par le forceps. Un accoucheur inexpérimenté ou démoralisé par la longueur et la difficulté du travail est porté à exercer d'inutiles violences, à délivrer la tête trop tôt ou à faire des tractions dans une fausse direction. J'ai moi-même déchiré le périnée et ai vu nombre de bons médecins le faire aussi. C'est pour cela que je vous recommande fortement d'enlever le forceps au moment où la tête est arrivée au périnée, à moins qu'il n'y ait indication contraire positive. Quelquefois, une des cuillers a été appliquée sur une oreille et il est plus ou moins difficile de la dégager, mais vous réussirez dans la plupart des cas et c'est précisément là ce qu'il faut faire.—*Phil. Medical and Surgical Reporter.*

Délivrance de la tête dans l'accouchement par le siège.—Frendenberg a publié à ce sujet, dans *Archiv. für Gynäkologie* la statistique de vingt-un cas observés à la clinique de Birnbaum, et cette statistique est très élaborée. L'auteur en vient à la conclusion que la meilleure méthode de délivrance est celle connue sous le nom de méthode de Prague et qui consiste à placer la main droite sur les épaules de l'enfant, les doigts sur l'occiput, et à extraire la tête en saisissant les pieds de la main gauche et exerçant des tractions d'abord en bas puis en haut vers l'abdomen de la mère. Si ce moyen ne réussit pas, il faut avoir immédiatement recours au forceps qui devient indiqué dans les cas suivants : 1° Dans la rotation de l'occiput en arrière et l'extension du menton sous l'arcade pubienne ; 2° dans la rotation en arrière ou latérale de la face avec absence de flexion et enclavement ; 3° quand il est indiqué de terminer promptement l'accouchement ; 4° dans le cas de rétrécissement ou de rigidité de la vulve ou du vagin ; 5° quand la main s'est fatiguée dans les efforts faits pour amener la délivrance ; 6° quand la tête est restée dans le bassin, tournée latéralement ; 7° quand l'état de la mère exige une prompte délivrance, v.g. dans le cas de métrorrhagie, d'éclampsie, etc., l'enfant étant mort, et la délivrance manuelle impossible.

Les contre indications sont : 1° La contraction spasmodique de l'os autour du cou de l'enfant ; 2° une forte difformité du bassin ; 3° le volume exagéré de la tête du fœtus.—*Analectic.*

Traitement de l'état puerpéral par les applications intra-utérines d'iodoforme.—Le Dr Émile Ehrendorfer a rendu compte dans un intéressant article publié dans les *Archiv für Gynäkologie*, de la mé-

thode de traitement de l'état puerpéral qu'on pourrait appeler la méthode de Vienne et qui a pour base l'action antiseptique de l'iodoforme.

Les gynécologistes, observateurs scrupuleux de la prophylaxie puerpérale, admettent à l'unisson qu'il est indispensable d'irriguer la cavité utérine à l'aide de solutions antiseptiques, chaque fois que la main ou un instrument quelconque ont pénétré dans cette cavité. Pour obvier aux inconvénients des manœuvres trop souvent répétées pour pratiquer les irrigations, les accoucheurs viennois ont cherché à mettre l'utérus à l'abri de l'infection pendant tout le stade post puerpéral, à l'aide d'un topique, et ont eu recours à l'iodoforme.

Cette substance agit-elle en détruisant directement les microbes, ou bien en agissant sur le millieu de façon à empêcher leur pullulation? la chose est encore non élucidée. Toujours est-il que les résultats de cette méthode thérapeutique sont satisfaisants.

La quantité d'iodoforme qu'on peut sans crainte de toxœmie introduire dans l'utérus est de 100 grains. König et d'autres auteurs ont démontré que cette substance est inoffensive tant qu'on ne dépasse pas la dose de 180 grains. Kowalski, qui s'est assuré des effets de cet agent thérapeutique dans 326 cas de sa propre pratique, n'a jamais eu à noter de phénomènes toxiques avec l'emploi d'une dose quotidienne de 100 grains.

Ce médicament doit être préparé sous forme de suppositoires longs de 5 à 6 centimètres, terminés par une ampoule, qui doivent être dirigés vers le fond de l'utérus. Ces suppositoires sont ainsi formulés :

P. Iodoforme pulvérisé.....360 grains
Gomme arabique .....
Glycérine.....
Amidon.....
} ââ 36 grains

pour six bâtonnets.—*Revue médicale.*

Influence réciproque de l'épilepsie et de la grossesse.— Malgré les travaux faits sur ce sujet, cette question présente encore quelques obscurités. M. le docteur Raoul Béraud, dans sa thèse, s'applique surtout à refuter deux erreurs encore assez répandues : la prétendue nocuité pour le fœtus de l'administration des bromures alcalins chez les épileptiques enceintes, et l'influence curative plus ou moins mystérieuse du mariage sur l'épilepsie.

L'analyse d'un grand nombre d'observations montre tout d'abord que la grossesse survenant chez une épileptique a un résultat assez variable. Dans certains cas, cette influence est défavorable ; dans d'autres, elle est ; nulle dans le plus grand nombre elle est favorable, en ce sens que pendant la grossesse les accès sont fréquemment suspendus ou diminués dans leur intensité, mais cette influence est absolument passagère, car, après l'accouchement, l'épilepsie reprend son cours habituel. Cette influence passagère ne justifierait donc en aucune façon le mariage, qui a des inconvénients bien plus sérieux que cette amélioration apparente. Il est démontré en effet que la copulation exerce une action des plus funestes sur les épileptiques et aggrave toujours leur état. En outre, le seul fait de la menace de l'hérédité pour les enfants doit faire écarter le mariage que beaucoup d'autres raisons contre-indiquent encore.

Quant à l'influence de l'épilepsie sur la grossesse, elle paraît en général avoir peu d'importance. Les attaques ont pu parfois se multiplier au point d'être subsistantes, sans avoir de retentissement sur l'utérus gravide ; elles n'ont produit ni avortement ni accouchement prématuré. Enfin le travail même n'a jamais paru influencé par les attaques, pas plus que lui-même n'a paru provoquer les accès.

Un fait qui frappe lorsqu'on étudie l'influence de la grossesse sur l'épilepsie, c'est le cachet d'uniformité de cette influence chez une même femme; si par exemple les attaques sont suspendues dans une première grossesse, il en sera de même dans les suivantes. Cette tendance à l'uniformité, à la reproduction exacte de la même série de phénomènes chez un même sujet, est du reste une des caractéristiques de l'épilepsie et s'observe dans la plupart de ses manifestations.

Quant à l'action de la bromuration pendant la grossesse, elle est bien connue surtout depuis les travaux de M. Legrand du Saulle. Dans la majorité des cas, la mère retire les meilleurs effets de la médication.

D'autre part, ainsi que le montrent de nouveau les observations de M. Béraud, jamais le bromure, quelle que soit sa dose (12 grammes par jour), n'a eu la moindre influence nocive sur la santé et le développement du fœtus. D'où cette conclusion : le bromure, utile à la mère, n'est pas nuisible à l'enfant.—*Jour. de méd. et chir. prat.*

Cardiopathie de la ménopause.—M. le docteur CLÉMENT range cette affection dans le groupe des maladies du cœur décrites par Sée sous le nom de formes fonctionnelles ; il a en vain consulté les auteurs pour trouver quelque chose qui se rapportât à cette affection ; seul William Stokes en dit quelques mots.

Quant à la pathogénie des accidents, l'auteur la résume de la façon suivante :

" Par suite peut-être d'une disposition spéciale créée par la ménopause, il y a en premier lieu une modification profonde de l'innervation du grand sympathique ; ou bien le point de départ de cette modification est une action réflexe dont l'origine serait dans l'appareil sexuel. Quoi qu'il en soit, elle se traduit par une excitation des nerfs accélérateurs et par un spasme vasculaire.

A cet élément nerveux s'ajoute bientôt l'influence de l'anémie, qui va contribuer dès lors à aggraver tous les désordres. Par l'aglobulie, elle amène de l'accélération, elle augmente les palpitations, elle favorise l'infiltration des téguments. Par l'anémie du bulbe, elle accroît la dyspnée, et, faisant perdre de sa puissance au centre modérateur, elle laisse, pour ainsi dire, agir sans contrepoids l'excitation du système accélérateur.

Ainsi se trouvent coalisées dans le même organisme les causes les plus puissantes, en dehors des lésions valvulaires, qui peuvent bouleverser la fonction cardiaque. Les désordres qui résultent de cette coalition atteignent au maximum d'intensité, et ne sont comparables, dans leur violence, qu'à ceux qui dépendent d'une lésion anatomique.

Faut-il s'étonner, dès lors, que la confusion entre cette forme nerveuse fonctionnelle, et une maladie organique du cœur, soit inévitable pour tout observateur non prévenu ?

C'est la digitale qui est le médicament héroïque pour combattre la maladie. Dans les premiers accès, l'infusion de poudre de feuilles doit

être donnée à la dose de 0,50 cent. le premier jour, puis 0,40 et 0,30 et au bout d'une semaine au plus les accidents disparaissent. Lorsque les malades ne supportent plus la digitale, l'auteur emploie l'extrait hydroalcoolique de convallaria maïalis à la dose de 1 gramme à 1 g. 50. Mais il est moins actif que la digitale, et presque toujours il a été forcé de revenir à l'emploi de la digitale, choisissant cette fois la formule du vin de Trousseau.

Contre les paroxysmes de la dyspnée, il emploie les préparations opiacées, et spécialement la morphine.

Pendant les rémissions, la médication tonique.

Enfin les malades doivent s'abstenir de tout mouvement et de tout acte qui puissent exagérer l'activité cardiaque."—*Arch. de tocologie.*

Polypes intra-utérins.—Dans une leçon clinique, reproduite par la *Gazette des hôpitaux*, le docteur Després rappelle qu'un certain nombre de ces polypes ne deviennent apparents et ne débordent l'orifice du col qu'au moment des hémorrhagies menstruelles ou autres. C'est pendant ces hémorrhagies qu'on peut reconnaître leur existence au moyen du toucher vaginal; une fois l'hémorrhagie passée, le polype remonte dans la cavité utérine. D'où le précepte que, chez une femme atteinte de métrorrhagies, il faut toujours avoir le soin de pratiquer le toucher pendant l'hémorrhagie même, pour s'assurer que les accidents ne sont pas dus à un polype.

Le docteur Després n'a recours qu'avec répugnance à l'ergotine pour arrêter les hémorrhagies occasionnées par des polypes de cette espèce. Il craint que l'ergotine fasse contracter le col, et rende ainsi plus difficile l'opération nécessaire. Il conseille de préférence, comme moyen hémostatique en pareille circonstance, le café noir. Il conseille d'en administrer tous les quarts d'heure une demie-tasse, jusqu'à concurrence de cinq. Il explique l'heureux effet de cette médication par l'action de la caféine sur la contractilité des vaisseaux.

Assez souvent on est obligé d'avoir recours à la dilatation forcée du col utérin pour rendre ces polypes accessibles à l'action du chirurgien. L'auteur signale le danger de l'emploi de l'éponge préparée pour obtenir cette dilatation. La rétention dans la cavité utérine des liquides plus ou moins septiques que sécrètent ses parois pourrait, d'après lui, amener des accidents de nature à rendre cette opération aussi dangereuse que l'ouverture du péritoine. Aussi conseille-t-il de remplacer l'éponge par des tiges de laminaria préparées de manière à laisser au milieu d'elles des espaces vides qui peuvent servir de drains et permettre l'écoulement des liquides intra-utérins.—*Lyon médical.*

PÆDIATRIE.

De la coqueluche.—Clinique de M. Joffroy à l'hôpital des Enfants-Malades.—Considérée, tout d'abord, comme une névrose, puis, comme une maladie catarrhale, et enfin, par M. le professeur Germain Sée en particulier, comme une maladie infectieuse, la coqueluche, qui a fait son apparition sous la forme d'épidémies excessivement graves est arrivée, en résumé, à être, selon la définition de Trousseau, une affection générale, avec catarrhe spécifique et névrose. Tant qu'à moi,

je trouve que ce dernier mot mérite d'être retranché parce que le système nerveux est, de même que dans la rage, influencé par un poison dont nous ne faisons encore que soupçonner l'existence. En effet, si Lezerich, d'une part, affirme avoir produit des accidents semblables à ceux de la coqueluche en inoculant une certaine portion de la culture de champignons trouvés sur les amygdales et sur le pharynx, Rossbach, d'autre part, après avoir été dans la reprise de ces expériences jusqu'à trachéotomiser des animaux afin d'introduire plus directement les organismes inférieurs qu'il avait trouvés être semblables à ceux qu'on rencontre chez les gens atteints de bronchite, prétend être toujours arrivé à un résultat absolument nul.

De même que la rougeole et la scarlatine, la coqueluche a son âge spécial. S'observant fréquemment chez les jeunes enfants de deux mois à cinq ans, elle devient assez rare à partir de dix ans. Enfin, elle présente encore deux caractères qui la rapprochent des maladies infectieuses : ce sont l'innocuité d'une part, et la contagion d'autre part. Niée autrefois par Guersant, par Blache, par Laënnec, et n'étant plus aujourd'hui une chose douteuse pour personne, la contagion est impossible à démontrer parce qu'on peut tout mettre sur le compte de l'épidémie. Quant au moment où elle se produit, bien que nous ne sachions pas si on doit éloigner l'enfant dès la première période ou seulement lorsque les quintes font leur apparition, il est néanmoins très probable que le danger ne commence qu'avec l'apparition des matières filantes.

La coqueluche comprend trois périodes : une première de bronchite simple, une deuxième de quintes, et une troisième de résolution. Au bout d'un jour, de deux jours, et même de deux septenaires, de telle sorte qu'on ne connaît pas la durée de l'incubation, l'enfant, après avoir présenté un peu de malaise, se met à tousser pendant trois jours, dix jours, quinze jours, et même six semaines avant de présenter la quinte caractéristique de la coqueluche et de la deuxième période, dont la durée ne peut, elle aussi, être évaluée. Puis arrive la troisième période. En général, les choses s'améliorent assez vite, les quintes diminuent d'intensité, la toux redevient peu à peu normale, les matières expectorées, de muqueuses, filantes et claires qu'elles étaient, deviennent opaques, verdâtres et mêmes purulentes, et la guérison arrive au bout de trois, quatre ou cinq semaines. Tout est alors, en général, fini ; cependant, une rechute peut survenir ; mais, dans ce cas, la durée est bien moins longue.

Parmi les complications de la coqueluche, l'une des plus redoutables, sans contredit, est la broncho pneumonie ; aussi laissez-moi vous rapporter en détail l'observation suivante : il s'agit d'un enfant de 4 ans qui est entré le 10 septembre dans le service des chroniques pour une coxalgie. Malgré l'apparition d'un abcès, vu la bonne mine de l'individu, on pouvait croire à une guérison, quand, à la suite d'un contact avec des enfants atteints de coqueluche, apparut, le 10 octobre, chez ce malade, une affection aiguë qu'on pouvait penser en raison de la toux, être la rougeole. Cette indécision, toutefois, ne fut pas de longue durée, car, au bout de deux jours, l'enfant eut des quintes de coqueluche dont le nombre alla en augmentant rapidement. Tout semblait marcher régulièrement, l'enfant mangeait assez bien pendant les intervalles de repos, il n'avait ni fièvre, ni vomissements, lorsque

le 16 au matin, c'est-à-dire six jours après le début, nous le trouvâmes abattu et en proie à une fièvre assez vive. En présence de pareils symptômes, on pouvait affirmer qu'il existait une affection pulmonaire. L'auscultation, en effet, nous ayant révélé, outre la présence de râles disséminés dans toute la poitrine, l'existence d'un foyer de râles à la base gauche, nous portâmes le diagnostic de broncho-pneumonie. Ce n'est là toutefois qu'un début qui ne comporte aucun pronostic. Sans doute, une semblable affection est à l'hôpital chose grave, mais non fatale, tout dépendant de l'origine.

Comment faut-il donc procéder pour savoir s'il s'agit d'une broncho-pneumonie tuberculeuse dont la terminaison est invariable aussi bien en ville qu'à l'hôpital? Comme si la coqueluche n'existait pas, il faut tenir compte des antécédents héréditaires et personnels, et des signes physiques. Comme antécédents héréditaires, je n'en trouve pas. Quant aux antécédents personnels, ils sont d'une importance capitale en ce sens qu'ils nous apprennent que cet enfant est scrofuleux et peut être, par conséquent, considéré comme prédisposé à la tuberculose. Maintenant, si nous passons à l'examen des signes physiques, nous voyons qu'outre un foyer de broncho-pneumonie, ce que vous savez du reste déjà, il existe, au sommet droit, un second foyer de râles. Nous basant sur ce siège, sur les antécédents et sur la marche de la maladie, nous avons porté le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Quant à la recherche des bacilles dans les produits expectorés, ce nouveau mode d'exploration ne peut pas être employé chez les enfants, parce qu'ils ne crachent pas. Il serait peut-être bon cependant de faire une exception pour ceux qui ont la coqueluche; mais quoi qu'il en soit, je ne sache pas que cet examen ait encore été fait, aussi passerai-je immédiatement à l'étude du traitement.

Et tout d'abord, je commencerai par vous prémunir contre certains médicaments tels que la belladone, le bromure de potassium, le salicylate de soude, le chloroforme et le sulfate de quinine. La belladone, préconisée par Trousseau, n'a jamais produit, quant à moi, d'effets salutaires sous quelque forme qu'elle ait été administrée. Le bromure de potassium, qu'on donne moins maintenant, est un médicament dangereux, surtout dès qu'il y a un peu de bronchite parce qu'en anesthésiant les muqueuses, s'il diminue, d'un côté, les quintes et procure par suite un peu de repos, il laisse par contre aux bronches le temps de s'oblitérer. Je ferai le même reproche au salicylate de soude. Le chloroforme peut être donné sans danger à l'enfant; mais, vu son maniement un peu délicat, il est préférable de ne pas s'en servir que de le confier à une garde-malade ou à la mère. Quant au sulfate de quinine, dont la dose doit varier suivant l'âge depuis 0,25 centigr. à 0,60 centigr., outre son action sur la fièvre dans les cas où elle existe, il diminue aussi un peu le nombre des quintes. Ceci dit, arrivons maintenant à l'étude du médicament par excellence, c'est-à-dire à l'hydrate de chloral employé en France, en Angleterre et en Allemagne. Sous quelle forme, à quelle dose, et à quel moment devez-vous l'employer? Voilà les différentes questions qui me restent à résoudre. Donner une préparation qui soit acceptée par l'enfant est une condition essentielle; aussi, pour ma part, je fais toujours prendre la poudre dans la gelée de groseille; aux petits enfants de 15 mois à 2 ans, je donne en général de 0,75 à 0,80 centigr., dans un jour; à ceux de 3 ans, 1 gr., et enfin,

aux plus âgés, 1 gr. 50 et même 2 gr. Quant au moment de l'administration, cela a une très grande importance. Il faut produire l'anesthésie des muqueuses d'une façon passagère de manière à procurer le repos nécessaire pour manger, tout en laissant à la maladie le temps de se refaire afin de faciliter le désemplissement des bronches. Donnez donc le médicament le soir et le matin. Vous ménagerez, en agissant de la sorte, le sommeil, et procurerez, le matin, lorsque les quintes seront passées, encore quelque temps de repos.—*Praticien.*

Soins à donner aux nouveaux-nés.—Dans les soins que nous donnons à l'enfant nouveau-né, nous nous rapprochons graduellement des procédés mis en œuvre par la nature elle-même. Ainsi, dans le service d'accouchements de l'hôpital des femmes, à Philadelphie, on procède comme suit :

Aussitôt que la tête est dégagée, les yeux sont lavés au moyen d'une solution antiseptique. Quand tout le fœtus a été expulsé, on le laisse là, dans le lit, en attendant la sortie du délivre. On ne fait aucune tentative d'extraction du placenta avant qu'il se soit écoulé une demi-heure ou trois quarts d'heure, la plupart du temps, la nature en a opéré l'expulsion avant cela. Le placenta une fois expulsé, on le place dans un vase, puis, l'enfant bien enveloppé de couvertures est mis à côté, encore attaché à l'arrière faix. Toute l'attention se porte alors vers la mère à laquelle on donne tous les soins nécessaires. Cela fait, on revient au baby. Les pulsations du cordon ont alors cessé depuis longtemps ; on sectionne celui-ci, et l'on exprime soigneusement le sang du bout fœtal, mais on n'y applique aucune ligature. Le moignon n'est pas pansé, et on ne met pas de bande autour du corps de l'enfant. On ne lave pas non plus l'enfant ni on ne lui fait toilette. On se contente tout simplement de lui passer une petite robe, puis, après l'avoir chaudement enveloppé, on le met dans un petit lit. Au bout de vingt-quatre heures on le porte dans la salle de bain des enfants (convenablement chauffée) et on l'y lave et habille. Le Dr Tyng, médecin en charge de ce service, nous dit que depuis l'adoption de ce système, les enfants s'en trouvent beaucoup mieux. Nous fûmes environ une heure dans les salles de ce département, mais nous n'entendîmes pleurer aucun enfant. Tous nous ont paru heureux et contents, et se porter à merveille. Nous sommes convaincus que laver l'enfant immédiatement après la naissance et le tenir à demi-nu durant tout le temps d'une toilette souvent minutieuse n'est pas une pratique à recommander.—*Weekly Medical Review.*

De l'œdème des nouveaux-nés.—Chez les nouveau-nés, il survient quelquefois, comme chez l'adulte, une infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, qui reconnaît des causes semblables et que l'on a souvent confondu avec le sclérème ou œdème algide.

L'œdème des nouveaux-nés n'est pas le sclérème, et réciproquement, bien que le sclérème s'accompagne souvent d'œdème, d'où le sclérème œdémateux.

On voit souvent l'œdème local sus-pubien et scrotal, vulvaire ou des extrémités, sans que la peau soit durcie. C'est un état cachectique chez les enfants dont la respiration et la circulation ne s'établissent pas complètement, soit par faiblesse de naissance, soit par travail difficile

et prolongé, soit par inanition, soit par refroidissement dans les familles pauvres, soit enfin par gastro-entérite aiguë ou quelque autre maladie grave.

La différence entre l'œdème et la sclérème est que dans cette dernière maladie la peau est dure, comme si elle était gelée et sans mobilité aucune.

Le traitement consiste dans l'allaitement au sein, dans l'enveloppement d'ouate, dans le séjour dans une couveuse artificielle et dans le massage plusieurs fois répété chaque jour.—*Paris médical.*

Complications pleurales du rhumatisme chez les enfants.—Dans le cours du rhumatisme articulaire, outre les complications cardiaques, il y a souvent des complications du côté de la plèvre. Dans sa thèse, le Dr Durieux rapporte un grand nombre d'observations et il termine son travail en disant:

Les complications pleurales du rhumatisme articulaire sont loin d'être rares chez les enfants, puisqu'on les y rencontre dans la proportion de 18 p. 100 environ. Chez l'adulte, elles sont beaucoup moins communes et ne s'observent guère plus de 5 à 6 fois pour 100.

Il y a chez l'enfant une susceptibilité de la séreuse pleurale bien plus grande qu'à tout autre époque de la vie. C'est cette susceptibilité que nous avons essayé d'expliquer en invoquant:

1° L'extrême impressionnabilité pendant le jeune âge à l'action des causes morbifiques de tous les organes, qui sont non seulement délicats et imparfaits, mais qui ont en outre un double but à remplir, se développer et s'acquitter de leurs fonctions.

2° Une exagération notable dans l'activité fonctionnelle de la plèvre. Ce qui nous a permis jusqu'à un certain point de comparer celle-ci au péricarde de l'homme.

3° La pleurésie rhumatismale siège à gauche dans la grande majorité des cas et, lorsqu'elle est double, c'est presque toujours l'épanchement gauche qui présente le plus de persistance et d'intensité. N'est-il pas naturel d'expliquer cette prédominance du siège à gauche par la présence dans ce même côté de complications cardiaques: endocardite et surtout péricardite, lesquelles, du reste, ne font pour ainsi dire jamais défaut et précèdent le plus souvent l'apparition de l'épanchement? Il y aurait alors une simple extension de l'inflammation à la séreuse pleurale.

4° Cette complication est essentiellement bénigne, puisque nous n'avons pu citer un seul cas de mort qui soit de son fait.

5° C'est donc plutôt une affection à surveiller qu'à traiter; mais comme son évolution est très insidieuse, on ne devra jamais négliger l'examen de la poitrine, qui, seul, dictera la conduite à tenir.—*Paris médical.*

De la trachéotomie, par M. de Saint-Germain, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.—Le procédé de trachéotomie rapide, qu'on appelle procédé de Saint-Germain, a été indiqué par Vicq d'Azyr. Il consiste à ouvrir la trachée comme on ouvre un abcès ou une veine. Il ne convient qu'aux enfants, les vaisseaux pré-laryngiens, chez eux, ne donnant pas de sang lorsque la trachée est largement ouverte.

C'est l'opération la plus facile à pratiquer pour tout le monde. Elle

n'exige, quoi qu'on en ait dit, aucune habileté spéciale. Il ne s'agit que de fixer solidement le larynx. Tout est là.

L'enfant étant maintenu, le cou saillant, on se place à sa droite. De la main gauche on lui pince le larynx, comme si on voulait passer les doigts derrière lui, comme le davier saisit la dent.

Lorsque le larynx est saisi de cette façon, la peau est tendue. On observe alors une dépression transversale au niveau de la membrane crico-thyroïdienne. C'est là que le bistouri doit pénétrer. Si on faisait l'incision trop bas, on s'exposerait à ouvrir le tronc brachio-céphalique.

On maintient toujours le larynx de la main gauche, qui ne doit pas bouger, et on enfonce le bistouri de un centimètre à un centimètre et demi, selon l'épaisseur des téguments, en ayant soin de serrer la lame entre les doigts placés sur elle à la distance choisie. On incise dans une étendue de deux centimètres environ, en imprimant à la lame un mouvement de scie.

On introduit alors un doigt dans la plaie, ce qui permet de se rendre compte de son étendue, en même temps qu'on arrête le sang. Le dilatateur est glissé sur ce doigt, et quand il est placé, il permet souvent à l'enfant d'expulser des fausses membranes pendant les efforts d'expiration qui ont lieu à ce moment.

Il ne faut pas trop ouvrir le dilatateur, pour ne pas faire de la plaie une boutonnière serrée qui s'oppose à l'introduction de la canule. Si cette canule ne veut pas entrer, on peut introduire d'abord une sonde molle et glisser la canule sur la sonde, C'est le procédé qu'employait Guersant.

Il est arrivé, dans des cas où la trachée était tapissée de fausses membranes épaisses, que la canule détachait ou refoulait ces membranes, déterminant ainsi une asphyxie rapide, et que le petit malade mourait entre les mains du chirurgien. Il faut avoir cette éventualité présente à l'esprit et ne pas manquer de prévenir la famille que la trachéotomie est une opération dangereuse.—*Journal de la santé publique.*

De la bronchite chronique chez les enfants.—A la suite d'une étude très intéressante sur ce sujet, publiée dans le *Progrès médical*, M. le Dr J. Comby en vient aux conclusions suivantes :

Il existe chez les enfants une *bronchite chronique simple* qui diffère absolument de la bronchite chronique avec emphysème qu'on observe chez l'adulte et le vieillard. Cette bronchite peut survenir dès l'âge le plus tendre et succéder soit à une bronchite aiguë, soit à une bronchite spécifique (rougeole, coqueluche). La chronicité de cette bronchite trouve sa raison d'être dans le terrain sur lequel elle évolue. La plupart des enfants qui en sont atteints sont des scrofuleux ou des lymphatiques issus de parents scrofuleux ou tuberculeux.

La *réaction fonctionnelle* est peu vive : pas de fièvre, peu ou pas de dyspnée ; toux plus ou moins opiniâtre, expectoration muco-purulente à partir d'un certain âge.

Les *signes physiques* sont ceux d'une bronchite simple généralisée : sonorité et vibrations normales, râles sonores et bullaires disséminés, pas de signes de foyer. Cet état morbide persiste indéfiniment avec des rémissions et des recrudescences en rapport surtout avec les variations atmosphériques.

Le *pronostic* n'est pas très grave si les enfants vivent dans un milieu sain, à l'abri de la contagion : la rougeole, la coqueluche, la tuberculose, les surprenant dans cet état de bronchite, les exposeraient aux plus grands dangers. C'est pour cela qu'il faut éloigner ces petits malades des hôpitaux d'enfants où ils trouveraient une mort presque certaine.

Il faut faire deux parts du traitement : 1° attaquer la bronchite à l'aide des vomitifs et des révulsifs ; 2° modifier l'état général à l'aide d'une bonne hygiène, d'un régime tonique et reconstituant, et surtout à l'aide de l'huile de foie de morue employée à doses massives.

Traitement de l'incontinence d'urine.—Le Dr Roche (*Columbus Medical Journal*) affirme que la teinture de cantharides, à dose de cinq gouttes, trois fois par jour, est un bon remède à administrer dans l'incontinence d'urine des enfants. Il a pour effet d'augmenter la sensibilité du col de la vessie, ce qui fait que l'urine, par sa seule présence, stimule la contractilité du sphincter qui n'obéit alors qu'à la volonté quand le besoin d'uriner se fait sentir. Chez les enfants, c'est le défaut de contraction du sphincter et non pas l'excès de sensibilité ni la contraction spasmodique du corps de la vessie qui est la cause la plus fréquente de l'incontinence d'urine.

De son côté, le Dr Adams divise les cas d'incontinence en trois catégories.—La première comprend les malades chez lesquels l'urine coule goutte à goutte et d'une façon incessante nuit et jour. Cette incontinence est presque toujours causée par la présence d'un calcul. Le traitement est donc tout indiqué.—La seconde catégorie comprend les faits dans lesquels l'incontinence est intermittente, mais se présente aussi bien la nuit que le jour. Ce sont surtout les petites filles qui y sont sujettes, et la cause tient souvent à de la vulvite ou à de l'uréthrite occasionnée par la présence d'ascarides dans le vagin.—La troisième catégorie renferme les cas de beaucoup les plus intéressants, parce qu'ils sont les plus fréquents. Chez les garçons l'émission d'urine a lieu lorsque la verge est en érection. On peut accuser les repas pris tard dans la soirée, le sommeil très profond. Chez l'adulte ces mêmes causes provoquent l'éjaculation nocturne. Parmi les autres causes il faut citer un estomac surchargé d'aliments, l'intestin rempli de matières fécales, les vers intestinaux, la coxalgie, l'adhérence balano-prépuciale et le phimosis. Quant au traitement, Adams rejette le chloral et conseille les bromures ou la belladone à haute dose. Ce dernier médicament constitue le remède par excellence. On le donne sous forme de teinture et goutte à goutte le soir au moment du coucher. Lorsque l'incontinence tient à de la faiblesse musculaire de la vessie ou du sphincter, c'est la strychnine qu'il faut employer.

Si l'incontinence est causée par le phimosis, il faut pratiquer la circoncision.

Eulenberg croit à l'efficacité de l'argent dans le traitement de l'ataxie locomotrice et dit que si l'on n'en obtient pas de meilleurs résultats, c'est qu'on administre le médicament en poudre ou en pilule au lieu de le donner en injection hypodermique. Avec l'argent, il emploie la réfrigération, les courants continus et la strychnine.

FORMULAIRE.

Catarrhe gastrique alcoolique.—*Da Costa.*

P.—Nitrate d'argent..... $\frac{1}{48}$ grain
Extrait de belladone..... $\frac{1}{16}$ "

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Constipation opiniatre.—*Bartholow.*

P.—Extrait de fève de Calabar.....
Extrait de noix vomique.....
Extrait de belladone, de chaque..... ½ grain
Extrait d'aloès..... 2 grains
Sulfate de fer..... ½ grain

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Calculs biliaires et colique hépatique.—*Bartholow.*

P.—Cholate de soude..... 30 à 40 grains
Extrait de noix vomique..... 2½ grains

M.—Faites dix pilules.—*Dose:* Une pilule trois fois par jour.—*College and Clinical Report.*

Tænia.—*Dr F. H. Enders.*

P.—Chloroforme..... 1 drachme
Extrait éthéré de fougère mâle..... 1 "
Emulsion d'huile de ricin..... 3 onces

M.—A prendre en une seule dose, le matin, à jeun.—*N.-Y. Medical Record.*

Irritabilité de la vessie.—*Pancoast.*

P.—Lupulin..... 1 drachme
Teinture d'opium camphrée..... 1 "
Infusion de buchu..... 3 onces
Sirop d'orgeat..... 2 "

M.—*Dose:* De une cuillerée à thé à une cuillerée à dessert, dans de l'eau, quatre fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Diathèse urique.—*Billroth.*

P.—Acide benzoïque..... 18 grains
Sirop de framboises..... 6 drachmes
Eau distillée..... 4 onces

M.—A prendre dans les vingt-quatre heures.—*Revue de thérap. méd.-chirurg.*

Mammite.—*Dr. Whitla.*

P.—Extrait de belladone..... 1 once
Glycérine..... q.s.

M.—Une petite quantité de ce mélange, étendue sur un morceau de charpie, est appliquée sur le sein et recouverte de soie huilée.—*Analectic.*

Fissures du mamelon.—

P.—Sucre blanc ..... } ãã
Oxyde de zinc ..... } 5 parties
Mucilage ..... } 5 parties
Glycérine ..... } 5 parties

M.—Usage local.—*Analectic.*

Rhumatisme articulaire.—*Bartholow.*

P.—Huile de gaulthérie ..... 1 drachme
Acide salicylique ..... 4 scrofules
Borate de soude ..... 1 drachme
Sirop de goudron .....
Eau d'anis, de chaque ..... 2 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à café toutes les quatre heures.—*College and Clinical Record.*

Chute des cheveux.

P.—Glycérine ..... 4 onces
Tannin ..... 1 scrupule
Teinture de cantharides ..... 1 drachme
Huile de capsicum ..... 10 gouttes

M.—En humecter le cuir chevelu, matin et soir.—*Med. Summary.—Analectic.*

Ephélides.—

P.—Sel ammoniaque pulvérisé ..... 1 drachme
Eau distillée ..... 1 chopine
Eau de Cologne ..... 2 onces

M.—En applications au moyen des doigts, matin et soir.—*Med. Summary.—Analectic.*

Gale.—

P.—Oxyde de zinc ..... 40 parties
Baume du Pérou ..... 20 "
Mucilage ..... } ãã
Glycérine ..... } 30 parties

M.—Usage local.—*Analectic.*

Urticaire chronique.—

P.—Bromure d'ammonium ..... 160 grains
Eau d'orange ..... 4 onces

M.—*Dose :* Deux cuillerées à thé, dans un peu d'eau, toutes les deux ou trois heures jusqu'à soulagement.—*Analectic.*

Sueurs fétides des pieds.—

P.—Permanganate de potasse ..... 6 parties
Eau ..... 6 onces

M.—Usage fréquent.—*Analectic.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AVRIL 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$2.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Bureau central d'examens.

Nous signalons à l'attention de nos lecteurs, et plus particulièrement à celle des membres du Bureau des Gouverneurs du Collége des Médecins et Chirurgiens, la lettre que nous adresse M. le Dr L. LaRue, de Québec (voir page 153).

La communication de M. le Régistrateur du Collége ne fait que confirmer, en l'appuyant, notre manière de voir à ce sujet. Voilà déjà un an ou plus que le Bureau des Gouverneurs est saisi de cette question d'un bureau central d'examens, mais aucune discussion n'a encore eu lieu. Nous espérons qu'à la réunion de mai prochain, nos Gouverneurs voudront bien s'en occuper.

La profession médicale compte un grand nombre d'ennemis qui tous lui font une guerre des plus actives, mais avant de combattre les adversaires du dehors, elle doit se débarrasser d'abord des ennemis du dedans, et ce n'est pas là la plus mince tâche, croyons-nous. L'encombrement en est un, et on s'en plaint un peu partout. Les causes en sont connues, et l'on sait qu'aujourd'hui la principale cause gît dans le privilége que possèdent nos universités d'octroyer un diplôme donnant droit de pratiquer. Qu'il y ait donc un bureau central pour l'admission à la pratique comme il y en a un déjà pour l'admission à l'étude. L'établissement de ce dernier a pour effet d'éloigner chaque année un certain nombre de candidats incapables ; en créant le premier, nous verrons se produire un résultat semblable, ou nous nous trompons fort.

Après tout, qui peut donc raisonnablement s'y opposer ? Si nos universités et écoles donnent à leurs élèves une éducation médicale de premier ordre, si en outre elles leur font subir des examens réellement sérieux, nous ne voyons pas ce qu'elles peuvent craindre ni pourquoi elles songeraient à s'opposer à l'établissement d'un bureau central qui, en examinant leurs gradués, ne ferait que mettre davantage en relief l'excellence de leur enseignement. Ce devrait même être là un moyen d'établir entre elles une louable rivalité. Si, au contraire, il y a quelque part ce qu'on appelle des examens *faciles* grâce auxquels des élèves de médiocre savoir parviennent à se faufiler en contrebande dans le corps médical, la création d'un bureau central devient d'une impérieuse nécessité.

Aux Etats-Unis, l'on cherche aussi, depuis plusieurs années, à établir de ces bureaux d'examens, et comme ici, ce n'est pas tout à fait sans besoin. Dans une communication à la *Société de jurisprudence médicale* de l'état de Pensylvanie, le Dr John B. Roberts, professeur à la Polyclinique de Philadelphie, exposait les principales raisons qui, selon lui, militent en faveur de l'établissement d'un bureau central dans chaque état, et ces raisons sont aussi les nôtres. Nous les avons déjà exposées à nos lecteurs, aussi ne ferons-nous que les indiquer ici sommairement : 1° Le public se trouvera plus efficacement protégé contre l'ignorance de praticiens incapables ; 2° Il sera beaucoup plus facile de forcer chaque médecin à s'enregistrer ; 3° Le niveau des études médicales en sera nécessairement relevé ; 4° Les examens seront beaucoup plus sévères, et les candidats incapables facilement éliminés. Le Dr Roberts ajoute : Enfin, s'il arrive qu'un médecin ainsi examiné et licencié par le bureau central se rende coupable de quelque infraction grave aux lois de la déontologie médicale ou de *malpractice*, le bureau pourra lui retirer sa licence et lui enlever par là, pour un temps plus ou moins long, le droit de pratiquer.

Ce dernier point pourra sembler un peu sévère, mais nous croyons que s'il pouvait entrer dans notre législation médicale, ce serait tant mieux. Actuellement le médecin diplômé jouit d'une immunité pour ainsi dire absolue et personne n'est en droit de lui contester le droit d'exercer son art—le fit-il à tort et à travers—tant qu'il paie sa contribution annuelle. Le Bureau des Gouverneurs lui-même ne peut guère exercer de contrôle en semblable occurrence ; encore moins peut-il (sauf dans les cas de félonie) révoquer la licence de celui à qui il l'a accordée une fois et qui s'en servirait au détriment du public. Ce dernier point ne serait donc pas à dédaigner et mériterait, à notre sens, d'entrer dans les attributs du nouveau bureau d'examens.

Dans quelques semaines, nos Gouverneurs vont être appelés à discuter et à décider cette importante question. Nous les prions instamment d'y apporter toute leur attention et de bien considérer le pour et le contre. Ils voudront bien, par la même occasion, méditer ce que le prof. Roberts disait des écoles de médecine des Etats-Unis, et qui s'applique également aux nôtres. "Tant que la prospérité des écoles de " médecine des Etats-Unis tiendra au nombre de leurs élèves et tant que " les examens subis devant les facultés de ces mêmes écoles constitue- " ront la seule preuve de savoir et de capacité de ces élèves, un diplôme " quelconque, fut-il émané par l'institution la plus digne de confiance, ne " constitue plus qu'une preuve bien faible en faveur de l'éducation de

" celui à qui il a été octroyé. Le vieux proverbe latin disait : *Caveat* " *emptor*, que l'acheteur soit sur ses gardes. Je dirai : *Caveat æger*, " que le malade prenne garde aussi, s'il est sous l'impression que le fait " d'avoir pris ses degrés dans une institution à grand renom confère, à " lui seul, au médecin qui en est porteur, l'intelligence et le savoir."

Assemblées semi-annuelles du Bureau provincial de médecine.

Nous prenons la liberté de suggérer au Bureau des Gouverneurs la mise à l'étude de la question suivante : Ne serait-il pas préférable, pour le Bureau et pour ceux qui y ont affaire, de se réunir une seule fois dans l'année au lieu de deux fois ?

La nécessité des réunions semi-annuelles est, à notre sens, fort contestable. Les affaires que transige ordinairement le Bureau, ne sont ni si nombreuses ni si pressantes qu'elles ne puissent être réglées une fois l'an seulement. Presque toujours, et l'on peut s'en convaincre en examinant les procès verbaux de ces séances, le Bureau n'a, sauf l'octroi des licences, à transiger que des affaires de routine. Quand d'importantes questions se présentent, on les examine très à la hâte, plus ou moins superficiellement, et si on ne peut les expédier dans la journée, elles sont renvoyées à la séance suivante, à six mois. Au point de vue de l'expédition des affaires, la différence ne serait donc pas grande. On pourrait faire durer la séance deux jours au lieu d'un et tout serait pour le mieux.

Mais le plus grand avantage serait en faveur des candidats à l'étude et à la pratique. Les premiers se présentent toujours en plus grand nombre à la séance du mois de mai. Or, pour ce faire, ils sont obligés de sacrifier la moitié de leur dernière année d'études. Souvent l'année toute entière y passe. Or cette année est en grande partie consacrée à l'étude de la physique et de la chimie, matières sur lesquelles il importe que l'élève ait à l'avance de bonnes notions élémentaires.

Quant aux candidats à la pratique, il est vrai qu'actuellement la plupart d'entre eux terminent leurs études au printemps, mais le moment approche où, grâce au système des cours de neuf mois, qui ne tardera pas à être adopté par toutes les facultés, ils devront subir leurs examens vers la mi-juin. Pour eux, une assemblée du Bureau au commencement de juillet conviendrait parfaitement. De la sorte ils ne seraient pas obligés d'attendre au mois de septembre pour l'obtention de leur licence.

A tous égards, le commencement de juillet nous semble donc la plus favorable pour l'assemblée annuelle du Bureau et nous applaudirions de tout cœur à l'adoption d'un règlement tendant à modifier dans ce sens la constitution du Collège.

Les douleurs de l'accouchement.

Pour un grand nombre de praticiens, les douleurs de l'accouchement sont considérées comme chose sacrée et doivent être respectées à tout prix. On craint d'intervenir à la première période du travail, de peur d'apporter un obstacle à la dilatation du col ; à la seconde période

aussi, de crainte d'entraver les contractions du corps de l'utérus. Le résultat en est que la femme est forcée de traverser les différentes phases de l'accouchement, si douloureuses qu'elles soient, sans espérer qu'un soulagement quelconque sera apporté à ses souffrances.

Cette abstention est-elle de bonne pratique ? Les douleurs de la parturition sont-elles nécessaires à la sécurité du travail ? Est-on justifiable de chercher à les modérer, à les réduire à leur minimum, ou même de les faire cesser tout-à-fait, si la chose se peut faire sans compromettre la santé de la femme ?

Sans vouloir traiter à fond cette question, nous tenons à constater que depuis quelques années l'on semble s'occuper davantage des moyens à prendre pour diminuer, dans les limites du possible, les souffrances parfois atroces qu'endure la femme en travail, et que l'on ne considère plus, ainsi qu'on le faisait autrefois, comme étant indispensables à la sécurité d'un accouchement.

Plusieurs des moyens proposés dans ce but sont purement mécaniques et n'agissent que d'une manière palliative. Le symptôme douleur n'en continue pas moins. Trois médicaments entre autres peuvent, entre les mains de l'accoucheur, rendre les plus grands services : ce sont l'opium, le chloral et le chloroforme. Nous y joindrons un autre qui, bien que tout récemment entré dans la thérapeutique, a déjà donné d'heureux résultats : nous voulons parler de la cocaïne.

Trois variétés de douleurs demandent à être soulagées au cours d'un accouchement : les douleurs irrégulières appelées fausses, qui ne s'accompagnent d'aucune dilatation de l'os et qui n'ont d'autre résultat que d'affaiblir inutilement la malade ; les douleurs inhérentes à la dilatation du col, douleurs que la patiente supporte en général avec tant d'impatience et qui sont peut-être celles qui l'épuisent le plus ; enfin les douleurs, dites expulsives, qui accompagnent la 2e période et qui se terminent par la naissance du fœtus.

Aux fausses douleurs nous avons à opposer le chloral et l'opium. Rien, en effet, n'est plus efficace, dans ces cas, qu'une dose de 20 à 25 grains de chloral ou 10 grains de poudre de Dover. La femme, en même temps qu'elle éprouve un grand soulagement à ses souffrances, peut prendre un repos dont elle a le plus grand besoin. La plupart du temps, les douleurs qui étaient auparavant irrégulières et véritablement insupportables, reviennent avec régularité et sont alors vraiment efficaces. Mais même en face des douleurs régulières et normales de la période de dilatation nous ne sommes pas tout-à-fait désarmés, et très souvent nous pouvons intervenir sans nuire en rien à la rapidité de la dilatation. Non pas qu'il faille intervenir dans tous les cas ; car il est des parturientes chez lesquelles les douleurs se réduisent à fort peu de chose ou durent trop peu de temps pour que l'on songe à les calmer. Mais si la dilatation dure longtemps et s'accompagne de beaucoup de souffrances, comme cela se rencontre la plupart du temps chez les primipares, on peut faire beaucoup de bien par l'administration d'une dose de chloral ou même de morphine. Quelques auteurs ne craignent pas de donner alors du chloroforme, à petites doses, cela se comprend. Ils choisissent de préférence le moment où ces douleurs sont les plus vives, c'est-à-dire vers la fin de la dilatation. L'emploi d'un anesthésique local serait de beaucoup préférable on le comprend, aussi n'a-t-on pas manqué d'en mettre plusieurs à l'essai. Dans une

communication récente, M. DOLÉRIS dit s'être très bien trouvé de l'usage de la cocaïne en badigeonnages sur le col utérin durant la dilatation de celui-ci. Le médicament aurait donné six succès sur huit cas. Il est donc à désirer que cette nouvelle application de la cocaïne soit de nouveau mise à l'épreuve.

Durant la période d'expulsion, surtout au moment où la tête, arrivée au détroit inférieur, a opéré sa rotation interne et se présente à la vulve, on doit donner la préférence au chloroforme ou à l'éther. A notre avis, ces deux agents pourraient être administrés plus souvent qu'on ne le fait généralement. Le point important à observer dans leur administration est de ne les donner qu'en autant que le demande l'intensité même de la douleur. Dans la généralité des cas il n'est point nécessaire de pousser l'anesthésie au point d'amener une insensibilité complète. Comme le dit si à propos le professeur PARVIN, l'anesthésie doit être obstétricale et non chirurgicale : inhalations intermittentes et modérées. Donné de cette façon, le chloroforme ou tout autre anesthésique nous a toujours paru être exempt d'inconvénients. Nous nous sommes particulièrement bien trouvé du mélange anesthésique A. C. E. La quantité nécessaire pour amener un état de demi-sommeil est relativement petite, et les contractions utérines, bien loin d'être amoindries, nous ont, au contraire, paru s'intensifier et se régulariser. Au reste cette dernière remarque a déjà été faite pour le choloroforme seul par plusieurs observateurs qui ne craignent pas d'en recommander l'usage dans presque tous les cas.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Revue bibliographique universelle des sciences médicales, publiée par fascicules mensuels, grand in 8, par le Dr Cie Meyners d'Estrey.— Chroniques mensuelles, comptes rendus, résumés analytiques, traductions analectes, librairie médicale, presse médicale, travaux en lanques étrangères, mémoires, variétés, notes de thérapeutique, informations, communications.

Index alphabetique annuel de la presse et de la librairie médicale, volume supplémentaire de la *Revue bibliographique universelle des sciences médicales*, formant un répertoire général des travaux de l'année précédente.

Abonnements : *Revue* et *Index*, un an 30 francs. *Revue seule*, 15 fr. ; *Index seul*, 20 fr. Un numéro de la *Revue* : 1 fr. 50. Administration et Rédaction, 6, place Saint-Michel, Paris. Vente au numéro à la librairie Berthier, 104, boulevard Saint-Germain, Paris.

DALY.—*Extensive burns involving the cavity of the knee-joint*, by W. H. Daly, M. D. Pittsburg Penn. U. S.

DALY.—*Address in medicine delivered before the Medical Society of the State of Pennsylvania*, by W. H. Daly, M. D.

VON KLEIN.—*Medical jurisprudence in divorce*, by earl H. Von KLEIN Am M. D., Dayton, Ohio, 1885.

BAKER.—*Typhoid fever and low water in wells*, by Henry B. Baker, M. D., Lansing, Mich. 1885.

Statement of the Receipts and Expenditions of the Province of Quebec, from all sources from 1st July 1884 *to 28th February* 1885.

Etat indiquant les dépenses de certains services pour l'exercice financier expirant le 30 1886.

Budget des dépenses (supplémentaires) de la Province de Québec pour l'exercice en cours et pour l'exercice finissant le 30 juin 1886.

Etat des recettes et dépenses de l'Assemblée Législative de Québec pour l'année financière expirée le 30 juin 1884. Québec 1884.

Etat financier du Surintendant de l'Instruction Publique de la Province de Québec, pour l'année fiscale terminée le 30 juin 1884.—Québec, 1884.

NOUVELLES MEDICALES.

—M. le Dr Catellier, profeseur à l'Université Laval (Québec), et médecin interne de l'hôpital de la Marine vient de partir pour les Etats-Unis où il devra passer plusieurs mois à visiter les grands hôpitaux des principales villes de la République modèle.

—Le 14 février dernier, le Collége des Médecins et des Chirurgiens de la Province de Québec a obtenu jugement, à Sherbrooke, contre William McDermitt, charlatan de Milton Corner, comté de Shefford, pour pratique illégale de la médecine.

L'*Index Medicus* dont la publication semblait devoir être suspendue par la mort de son éditeur, M. Fred. Leypoldt, sera à l'avenir publié par M. Geo. S. Davis, de Détroit. M. Davis est, à tous égard, digne de la confiance qu'on lui témoigne. Les succès avec lequel il a déjà entrepris la publication de trois autres journaux : la *Therapeutic Gazette*, le *Detroit Lancet* et le *Medical Age*, est une garantie de la réussite de cette nouvelle entreprise à laquelle nous souhaitons tout le succès possible.

Nécrologie.—A Philadelphie, Ellerslie WALLACE, M.D., professeur émérite d'obstétrique au *Jefferson Medical College ;* à Berlin, Fr. Th. FRERICHS, professeur de clinique médicale à l'université de Berlin.

Faculté de médecine de Paris.—Par décret en date du 12 mars 1885, M. Bouchardat, professeur d'Hygiène à la Faculté de médecine de Paris, est nommé professeur honoraire.

Hopital Notre-Dame.—M. le Dr E. P. Lachapelle a été nommé surintendant de cette institution.—M. le Dr A. David a donné sa démission comme médecin interne de l'hôpital et a été remplacé par M. le Dr T. Brennan.—Par suite du départ de MM. Jos. Houle et Gaston Smith, assistants-internes, qui viennent de prendre leurs degrés à l'Université Laval, la place d'assistant-médecin interne va être mise au concours.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la Licence et le Doctorat en médecine ont eu lieu dans le cours de la dernière semaine de mars. Les questions suivantes ont fait le sujet de l'épreuve écrite :

Pathologie interne : Gastrite aiguë ; symptômes et traitement.
Pathologie externe : Tumeurs ; diagnostic, pronostic, traitement.
Matière médicale et Thérapeutique : Aconit et aconitine.

Tocologie : Traitement de l'hémorrhagie après l'accouchement.
Ophtalmologie et Otologie : Complications, pronostic et traitement de l'otite moyenne purulente chronique.
Toxicologie : Empoisonnement par l'acide carbolique.

Ecole de médecine et de chirurgie.—Les examens annuels ont eu lieu dans le cours de la dernière quinzaine de mars. Voici les noms des gradués :

Primaires : N. A. Pruneau, H. Gendreau, C. A. Dugas, H Désilets, H. Gareau, C. J. Carle, J. Cornu, C. Tremblay, L. V. Cabana, C. T. Morel, C. N. Poitras, J. P. Roulier, A. Deschambault, H. de Grandpré, J. A. Gadoury, F. H. Boileau, M. Gervais, A. A. Chrétien, H. Bastien, S. Rochette, W. Gadbois, L. Bissonnette, Ls Rochette, P. E. Gervais, A. Lagacé, N. Picotte, J. Lespérance, J. A. Michaud, H. Dauth, A. Mignault, G. A. Lacombe, N. Ferland, J. D. Fontaine, P. Pelland, N. Dumont, P. U. Laberge, J. Michaud, C. E. Laferrière, Alfred Mallette, C. Rodier.

Finales : T. C. Brodeur, A. Toupin, R. Charest, H. Gendreau, P. Monakey, A. Thibault, J. H. Chalifoux, O. Bussiéres, L. Jeannotte, J. U. Catudal, P. O. Lauzon, J. Jetté, Ed. Grignon, A. Deschambault, O. Desrosiers, O. Cloutier, E. Laferrière, A. Laurendeau, D. Caisse, P. M, Martin, P. Leblanc, J. D. Delisle, A. Cheval, P. de Grandpré, F. H. Tremblay, Alf. Morin, C. Ulric, F. H. Demers, J. Piedalue, J. Sanche. J. C. Poissant, F. Simard.

Congrès français de Chirurgie.—Un congrès de chirurgie se tiendra à Paris dans le cours du présent mois. Bon nombre de travaux y seront présentés et nos échanges de Paris nous en donnent une liste détaillée. Nous remarquons entre autres, des communications de MM. Verneuil, Trélat, Pozzi, Boeckel (de Strasbourg), Humbert, Koekerlé (de Strasbourg), D. Mollière (de Lyon), Panas, G. Richelot, Thiriar (de Bruxelles), Alph. Guérin, J. Bousquet, Championnière, Péan, etc., etc.

Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

ADMISSION A L'ÉTUDE DE LA MÉDECINE.

PROGRAMME DE L'EXAMEN PRÉLIMINAIRE (POUR 1885-1886.)

MATIÈRES OBLIGATOIRES.

LATIN.—*Commentaires* de César, liv. V.—*Enéide* de Virgile, liv. V.—*Odes* d'Horace, liv. I.

FRANÇAIS. -*Les aventures de Télémaque.*—Une pièce dramatique française, savoir: *Le Misanthrope* pour 1885 et *Esther* pour 1886.

ANGLAIS.—*Sprague's* " *Six selections from Washington Irving's Sketch Book.*" Une pièce de Shakespeare, savoir : *Richard* II pour 1885 et *Midsummer Night's Dream* pour 1886.

BELLES-LETTRES.—Principes, histoire de la littérature des siècles de Périclès en Grèce, d'Auguste à Rome, d'Elizabeth en Angleterre et de Louis XIV en France.

HISTOIRE.—Notions générales sur l'histoire de la Grèce et de Rome, avec connaissance spéciale de l'histoire d'Angleterre, de France et du Canada.

GÉOGRAPHIE.—Notions générales sur la géographie universelle avec connaissance spéciale de la Géographie de la France, de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord.

ARITHMÉTIQUE.—Fractions ordinaires et décimales, proportions simples et composées, intérêt et autres règles basées sur le percentage; racines carrées.

ALGÈBRE.—Fractions et équations du premier degré.

GÉOMÉTRIE.—Les trois premiers livres d'Euclide, ou la partie de la Géométrie plane correspondant à ces trois livres dans Eysséric et Pascal. Calcul des lignes, des surfaces et des volumes des figures géométriques régulières.

MATIERES FACULTATIVES.

(*Le candidat doit choisir une des trois matières suivantes.*)

GREC.—*Anabase* de Xénophon, liv. I.—*Iliade*, liv. I.

PHYSIQUE.—Notions générales, telles que dans Ganot ou sa traduction par Atkinson.

PHILOSOPHIE.—Notions générales sur la logique et la morale. (Jaffre ou Valet, *Jevon's logic* et *Calderwood's Hand-book of moral philosophy.*

Le candidat doit avoir une connaissance suffisante de la grammaire des langues ci-dessus mentionnées. L'ignorance du latin, de l'arithmétique et de la langue maternelle pourra faire refuser le candidat. Les candidats parlant le français pourront se dispenser de traduire Shakespeare, mais ils devront traduire des passages de Washington Irving et répondre sur la grammaire et l'analyse. Ils devront avoir une connaissance critique, au point de vue grammatical et littéraire, des ouvrages français cités plus haut. Les candidats parlant l'anglais pourront se dispenser de traduire Corneille, Molière ou Racine, mais ils devront traduire des passages pris dans la première moitié de Télémaque pour 1885, dans la seconde pour 1886. Ils devront de plus connaître la grammaire française et l'analyse. On exigera encore d'eux une connaissance critique des pièces dramatiques anglaises indiquées plus haut. Une mauvaise écriture fera perdre au candidat 5 p. c. sur le nombre de points à gagner. Tout élève surpris à copier ou à se servir de livres, notes, etc., sera immédiatement renvoyé.

TEMPS ET POINTS ASSIGNÉS A CHAQUE MATIERE.

Latin	2 hrs	300 points.	Arithmétique	1½ hrs	150 points.
Français	1½ "	150 "	Algèbre	1½ "	150 "
Anglais	1½ "	150 "	Géométrie	1½ "	150 "
Belles-lettres	1 "	100 "	Grec	1½ "	150 "
Histoire	1 "	100 "	Philosophie	1½ "	150 "
Géographie	1 "	100 "	Physique	1½ "	150 "

Examinateurs :
H. ASPINWALL HOWE, LL. D.
H. A. VERREAU, LL. D.
M. MILLER.
J. C. K. LAFLAMME, S. T. D

TRAVAUX ORIGINAUX.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE.

UNIVERSITÉ LAVAL, (Montréal).—**M. BROSSEAU.**

Considérations générales sur le traitement des fractures. (1)

Le traitement des fractures présente deux indications :

1° Réduire la fracture.

2° La maintenir réduite.

La réduction d'une fracture consiste à placer les fragments dans leurs rapports normaux.

La *réduction* n'est pas nécessaire dans tous les cas, puisqu'il y a des fractures qui n'offrent *pas de déplacement ;* la contention seule suffit alors.

Pour réduire une fracture, il faut avoir recours à l'*extension*, à la *contre-extension* et à la *coaptation.*

L'extension consiste en une traction sur le fragment inférieur.

La contre-extension est l'effort exercé en sens inverse, sur l'autre fragment.

La coaptation consiste à diriger les fragments de manière à leur rendre leur position normale. Des aides font l'extension et la contre-extension, mais le chirurgien se charge lui-même de la coaptation.

Il est souvent nécessaire de se servir de chloroforme.

Règle générale la réduction d'une fracture doit être faite tout de suite après l'accident, afin d'empêcher les fragments d'irriter les tissus voisins et pour calmer la douleur ; la réduction tardive ramène les os aux conditions des premiers jours, ce qui est un mal. Du reste, le blessé se soumet plus volontiers aux manipulations, tout de suite, que plus tard.

Il faut s'efforcer de mettre les muscles dans le relâchement en faisant attention à leurs insertions. Il faut aussi donner au membre sa longueur et sa forme, puis empêcher un déplacement ultérieur en faisant une contention méthodique au moyen de bandages, d'attelles, d'appareils etc.

Il ne faut jamais mettre de bandages roulés *sous* les attelles, car ils sont aptes à exercer de la compression puis de la gangrène ; la gangrène vient souvent sans douleur, sans que, par conséquent, le chirurgien en soit averti.

Les bandages *sur* des attelles bien rembourrées ne causent jamais d'accidents semblables.

Le bandage roulé *sous* les attelles est une curiosité du passé.

Une fois la fracture bien réduite, il faut la déranger le moins possible. Le chirurgien doit cependant surveiller attentivement l'enflure,

(1). Résumé de plusieurs leçons professées à la Faculté de Médecine en janvier dernier.

l'attitude du membre, etc., et cela lui est facile s'il a la précaution de se servir d'appareils convenables ; par exemple l'appareil de Scultet.

Un bon lavage, suivi d'applications d'alcool camphré, empêche les démangeaisons.

Les matériaux les plus propres à la confection des attelles sont le bois, le cuir, le gutta-percha, le carton épais, le fer, le zinc.

La malléabilité des attelles est nécessaire dans le traitement de certaines fractures, celle du maxillaire inférieur par exemple, tandis que la résistance et la solidité sont indispensables dans toutes les fractures.

Un célèbre auteur a dit : " une planchette d'un demi pouce d'épaisseur, un morceau de gutta-percha, de cuir ou de carton épais, suffisent à un chirurgien quelque peu adroit et intelligent pour la fabrication d'attelles convenables, il n'a pas besoin d'appareils spéciaux ; qu'il taille d'abord un patron en papier, puis qu'il découpe dessus son cuir, gutta-percha, etc."

Deux points importants doivent être observés : 1° que les attelles soient aussi larges que le membre afin que les bandages ne le compriment pas ; 2° que les attelles embrassent les jointures voisines de l'os fracturé, par exemple le cou-de-pied et le pied, si le tibia est fracturé à sa partie inférieure, le carpe et la main si le radius est fracturé ; sans cette précaution l'immobilisation ne serait pas complète.

Les fractures avec déplacement et chevauchement doivent être traitées avec des appareils à extension continue, poids ou caoutchouc. En effet l'action musculaire est toujours là, prête à renouveler le déplacement si cette contraction n'est contrebalancée par une traction artificielle en sens opposé.

De quinze à vingt-cinq livres ne sont pas de trop pour contrebalancer la contraction des muscles de la cuisse d'un adulte vigoureux.

Les épanchements, quelquefois très abondants, qui accompagnent les fractures se résorbent ordinairement d'eux mêmes ; ils ne doivent jamais être ouverts, car en les ouvrant on convertirait une fracture simple en une fracture compliquée d'une plaie ce qui, comme on le sait, augmenterait considérablement la durée et la gravité du cas.

Lorsque les fragments ont peu ou point de tendance à se déplacer, il suffit d'immobiliser le membre pendant le temps nécessaire à la consolidation. La simple contention suffit alors.

Combien de temps doit durer l'immobilisation ? La durée de l'immobilisation varie suivant que la fracture est simple ou compliquée d'une plaie, et suivant le volume de l'os fracturé, l'âge du patient, etc.

De trente à quarante jours suffisent à la consolidation de l'os du bras et de la jambe, chez un sujet jeune et bien portant, tandis qu'il faut de cinquante à quatre vingts jours pour la consolidation d'une fracture du fémur chez un vieillard. Les fractures compliquées de plaies sont bien plus graves et requièrent le double du temps.

Le chirurgien doit tenter l'occlusion de toutes les petites plaies qui accompagnent les fractures, soit avec de la charpie recouverte de bandelettes de diachylon imbriquées, soit au moyen de coton absorbant et collodion ou de la baudruche ; si l'union de la plaie a lieu par première intention, la fracture se trouve, par le fait même, convertie en une fracture simple. Mais si la plaie est grande et qu'il n'y ait pas de chance d'union par première intention, le chirurgien devra faire tous es efforts pour empêcher la décomposition et la stagnation des liqui-

des dans cette plaie. Le pansement antiseptique devra être employé régulièrement. C'est le meilleur moyen de prévenir l'érysipèle, la septicémie ; l'union aura lieu alors par seconde intention.

La fracture une fois réduite, il faut *maintenir* les fragments en juxtaposition.

Toutes les fractures doivent être maintenues, sous peine de voir le déplacement se reproduire, ou par la rétraction musculaire, ou par les mouvements, etc.

Pour obtenir cette *contention* des fragments, on se sert d'appareils à immobilisation simple, ou *amovibles*, et d'appareils *inamovibles*.

Tout chirurgien intelligent peut se faire fabriquer des attelles par le premier menuisier venu.

Le bois présente la solidité et la légèreté voulues, et il est si facile à avoir et de si bonne qualité dans notre pays, que nous aurions tort de ne pas lui donner la préférence sur les autres matériaux. Cependant on peut donner au cuir, au guttapercha, au carton, des formes plus variées en les trempant dans l'eau chaude.

L'appareil de Scultet *modifié* présente des avantages incomparables dans le traitement des fractures du membre inférieur, tels que : examen facile du membre sans déplacement, compression douce et méthodique. (On sait que l'appareil de Scultet amélioré se compose d'une gouttière postérieure avec une semelle pour le pied, deux attelles latérales, quinze à vingt bandes de coton, puis coussins en ouate ou en balle d'avoine.)

Comme il est absolument nécessaire de surveiller l'enflure, le gonflement qui survient après une fracture, ainsi que la juxtaposition des fragments, c'est avec les appareils amovibles (*v.g.* celui de Scultet) que le chirurgien atteindra le mieux ce but. La boîte à fracture, si souvent employée, est pourtant la cause de bien des consolidations vicieuses. Le chirurgien s'y fie trop, il place dedans le membre blessé et ne s'en occupe plus durant quarante jours. Un autre inconvénient de cette boîte à fracture, c'est que la même boîte sert aux grosses comme aux petites jambes, et aux longues comme aux courtes. Il vaut mieux se servir d'un appareil moins commode et qui demande plus de surveillance de la part du chirurgien.

Les appareils inamovibles sont destinés à immobiliser le membre dans une position absolument fixe ; ils sont fabriqués avec des substances malléables au moment de leur application, mais qui se durcissent rapidement après. Les substances le plus en usage sont la colle forte, le plâtre de Paris, l'amidon, le silicate de potasse.

Il est prudent de n'appliquer ces appareils inamovibles que lorsque le gonflement du membre a disparu, c'est-à-dire, une huitaine de jours après l'accident ; alors, plus de dangers de compression et pas tant de dangers de gangrène.

Après une vingtaine de jours d'application, ces appareils peuvent être convertis en appareil amovo-inamovibles en les fendant sur le côté. On les enlève alors de temps à autre pour apprécier l'état de la fracture et du membre.

Dans la grande majorité des fractures l'on ne se sert que des appareils amovibles durant toute la durée de la consolidation du cal. Mais dans les cas où le blessé supporte difficilement le décubitus dorsal, les appareils à la colle, au plâtre de Paris rendent des services incomparables.

Autrefois on soumettait les blessés à une diète sévère, mais aujourd'hui on leur donne une nourriture soutenante. Il convient de laisser au malade ses habitudes antérieures.

Nous devons admettre que, dans ce pays, les fractures ne sont pas toujours traitées convenablement; cela est pourtant assez facile pour celui qui voudra se procurer des traités de pathologie externe et les étudier attentivement.

Au nombre des bons auteurs français nous avons le " Traité de pathologie externe " de Follin et Duplay, en sept volumes, dans lequel les fractures sont très bien données. Les " Eléments de pathologie externe" de Léon Moynac, en deux petits volumes, peuvent à la rigueur suffire.

En langue anglaise, nous avons les traités spéciaux, sur les fractures, de Hamilton, de Stimson, en un seul volume. Le magnifique ouvrage de Erichsen, " *Science and art of Surgery* " se compose de deux forts volumes.

Un autre livre très recommandable, c'est celui d'Ashurst. professeur de clinique chirurgicale à Philadelphie, intitulé " *Principles and practice of Surgery,*" un seul volume; prix : six dollars.

NOTES DE THERAPEUTIQUE;

par H. E. DESROSIERS, M.D.,

Professeur à l'Université Laval (Montréal), médecin de l'Hôpital Notre-Dame.

Terpine et terpinol. — Thalline. — Kairine. — Cocaïne. — Chloral.

Terpine et terpinol.—Voici un expectorant qui, s'il tient les promesses de ses premiers jours, sera bientôt universellement employé. La terpine est un bi-hydrate de térébenthine, celui-ci étant un hydrocarbure spécial résultant de la distillation de la térébenthine en présence d'un alcali. A son tour, le bi-hydrate de térébenthine ou terpine, mis en présence d'un acide minéral, se transforme en un corps huileux appelé terpinol. Terpine et terpinol sont donc deux dérivés de la térébenthine. Quel est leur mode d'action? A quoi peut-on les employer ?

C'est M. A. Lépine, de Lyon, qui a dernièrement (*Revue de médecine*, février 1885) attiré l'attention sur l'emploi de la terpine en thérapeutique, et M. Dujardin Beaumetz en a fait le sujet d'une de ses très intéressantes conférences de thérapeutique à l'hôpital Cochin (*Bulletin de thérapeutique*, 15 avril 1885).

D'une manière générale, on peut dire que la terpine a une action un peu analogue à celle de l'essence de térébenthine, mais elle est bien plus active. Son action se porte principalement sur la muqueuse bronchique, le rein et le système nerveux. Sur la muqueuse bronchique, une dose de 4 à 12 grains augmente la sécrétion bronchique, la fluidifie, et rend l'expectoration plus facile. Si on élève la dose, la sécrétion est au contraire tarie, la terpine diminuant la sécrétion à la manière de tous les balsamiques qui sont aussi des anticatarrhaux. Le médicament est donc indiqué dans la bronchite subaiguë et chronique et la bronchorrhée.

A la même dose que ci-dessus, la terpine est un diurétique vasculaire et modifie fort avantageusement la fonction rénale si celle-ci est diminuée. A doses un peu élevées elle produit, chez les brightiques, de l'albuminurie et même de l'hématurie. M. Lépine l'emploie dans la néphrite chronique, mais avec précaution, ne dépassant pas la dose de 8 grains par jour. A dose modérée elle peut diminuer l'albuminurie et contribuer à guérir la lésion épithéliale du rein.

Enfin, à dose de 15 à 18 grains, la terpine exerce sur le système nerveux la même action qu'on obtient par des doses élevées d'essence de térébenthine. M. Lépine dit avoir ainsi guéri plusieurs névralgies et croit avoir amendé un cas d'hystéro-épilepsie.

Comme expectorant, la terpine se donne sous forme de solution alcoolique, avec addition de sirop. Comme diurétique, on l'associe au vin blanc. Les doses élevées doivent être associées à un astringent (cachou, etc.) pour empêcher la diarrhée.

De son côté, M. Dujardin Beaumetz ayant constaté que la terpine, même donnée à dose de 18 à 56 grains par jour, agissait peu comme diurétique, lui substitue le terpinol qu'il administre en capsules ou en pilules renfermant chacune 2 grains du remède. Les effets suivants ont été observés : rapide élimination du terpinol par les voies respiratoires, l'haleine conservant pendant très longtemps l'odeur spéciale du médicament ; faible élimination par les urines dans lesquelles on retrouve aussi la même odeur du terpinol, mais moins marquée. Le terpinol a donné de bons résultats à M. Dujardin-Beaumetz dans le traitement du catarrhe pulmonaire ; en même temps que l'expectoration devenait plus facile, les crachats se fluidifiaient et leur mauvaise odeur disparaissait manifestement. Pour les affections des voies urinaires, les résultats ont été presque nuls. Le terpinol serait donc, comme diurétique et modificateur des urines, très inférieur à la térébenthine.

En résumé l'on peut dire, avec l'éminent médecin de Cochin, que pour les affections catarrhales des bronches, c'est le terpinol qui occupe le premier rang et la térébenthine le dernier, tandis que pour les catarrhes des voies urinaires, c'est l'ordre inverse qui existe, la terpine occupant un rang moyen dans l'une et l'autre de ces affections.

Thalline.—Est-ce la récente discussion à l'*Académie de médecine* de Paris au sujet du traitement de la fièvre typhoïde qui en est la cause ? C'est possible. Toujours est-il que voilà coup sur coup trois nouveaux antipyrétiques que l'on nous propose : la kairine, l'antipyrine et la thalline. Nous avons déjà parlé des deux premières (1) ; H. Henri HUCHARD nous fait connaître la troisième (*Union médicale*, 3 janvier 1885.) La thalline, que la chimie décore, du nom de *tetrahydroparaquinanisol*, ou encore de celui de *tétrahydroparaméthyloxyquinoline*, est un dérivé de la quinoline. Jacksch lui a reconnu des propriétés antifébriles à la dose de 4 à 10 ou 15 grains ; les sels de thalline, sulfate, tartrate et chlorhydrate, jouissent des mêmes vertus antifébriles ; la préférence doit être accordée au sulfate qui parait plus actif que les deux autres sels. Jacksch a pu dans près de cent cas de fièvres dues à des mala-

(1). UNION MÉDICALE DU CANADA, vol. XII, p. 505.—Vol. XIII p. 342.

dies différentes (fièvre intermittente, fièvre typhoïde, pneumonie, tuberculose, etc.) abaisser la température jusqu'à la normale, sans produire aucun accident.

Pour la fièvre intermittente, elle n'est pas *guérie* par la thalline; les accès peuvent être supprimés, mais ils se reproduisent, et il faut toujours avoir recours en dernier lieu au sulfate de quinine. La thalline n'est donc pas un antipériodique.

Les sels de thalline paraissent très efficaces dans la fièvre entérique et la fièvre des tuberculeux. Ils agissent également bien sur la fièvre du rhumatisme, mais ne produisent aucun effet sur les phénomènes douloureux et la durée de la maladie.

L'action antithermique des sels de thalline est fréquemment suivie de sudations abondantes, l'abaissement de la température étant obtenu en deux ou trois heures; l'ascension secondaire se produit après quatre ou cinq heures en s'accompagnant souvent de frissons. L'administration de ces substances ne fait apparaître dans l'urine ni sucre, ni albumine, ni matière colorante de la bile; elle ne produit d'autres effets secondaires que des sueurs et quelques frissons, mais jamais elle n'est suivie de vomissements, de phénomènes de cyanose ou de collapsus. Les sels de thalline seraient enfin doués de propriétés anti-putrides, une solution à 25 pour 100 retardant manifestement les fermentations ammoniacale et alcoolique, la fermentation et la décomposition du lait.

Cocaïne.—La cocaïnomanie continue de plus belle. Les lecteurs de l'UNION MÉDICALE DU CANADA savent quelles ont été dès l'abord les principaux usages de cet anesthésique local dans la chirurgie du larynx, de l'œil, de l'oreille et de l'urèthre.

Chaque jour amène de nouvelles applications de la cocaïne et de son principal sel, le muriate, et l'on peut dire qu'il n'est pas une affection un peu douloureuse au traitement de laquelle on n'ait pas tenté d'affecter l'alcaloïde de la coca. Citons entre autres toutes les opérations de petite chirurgie se pratiquant sur les muqueuses et sur la peau v.g. ablation de tumeurs, ouvertures d'abcès, etc., l'avulsion des dents, les brûlures, les hémorrhoïdes, la fissure anale, les gerçures du mamelon, le ténesme rectal, le vaginisme, les douleurs accompagnant la dilatation de l'os à la première période du travail et les vomissements de la grossesse.

Dans ces différents cas, la cocaïne ne saurait être à coup sûr un agent curatif. La plupart du temps elle n'a qu'une action purement palliative, plus ou moins transitoire, mais qui n'en est pas moins d'une incontestable utilité. Dans le vaginisme, par exemple, des cas sont rapportés où cette maladie durant depuis longtemps chez les femmes mariées, tout rapport conjugal, toute tentative même de coït avait été impossible. A la suite d'une application de cocaïne sur la vulve, les rapprochements sexuels avaient pu être pratiqués, et, la grossesse s'étant déclarée, on a pu compter sur l'accouchement naturel pour la guérison parfaite de la maladie. On sait que dans une série de huit cas d'accouchement, M. Doléris a, six fois, réussi à calmer tout-à-fait les douleurs accompagnant la dilatation du col, au moyen de badigeonnages avec la cocaïne.

S'il s'agit de fissures du mamelon ou de l'anus, l'anesthésie locale produite par la cocaïne, bien que transitoire, suffit à permettre l'allai-

tement dans le premier cas, la défécation dans le second cas, et cela sans douleur appréciable, ce qui est déjà un commencement de guérison. Une médication appropriée dirigée contre la fissure elle-même assure la guérison complète.

On recommande encore la cocaïne, en injection uréthrale, ou sous forme de bougies médicamentées, dans les cas de chaudepisse cordée; en injection vésicale, pour combattre les douleurs si pénibles de la cystite chronique et celles qui accompagnent nécessairement les séances de lithotritie; en badigeonnages sur le col utérin, dans les cas de dysménorrhée, etc.

Tout dernièrement, on a réussi à calmer les vomissements de la grossesse par l'administration de la cocaïne.

La tendance actuelle est de regarder la cocaïne comme étant une panacée quasi-universelle. On en reviendra un peu. Il y a eu des insuccès et il y en aura encore. Une fois l'enthousiasme du moment passé, il sera plus facile d'apprécier à leur valeur précise les faits qui se publient aujourd'hui et dont nous venons de relater les principaux.

Chloral.—Si la cocaïne est aujourd'hui employée un peu contre toutes les maladies, on peut dire, d'un autre côté, que l'on essaye à peu près tous les médicaments et tous les modes de traitement contre la diphthérie. Pour les uns, c'est la médication antiphlogistique, pour les autres, c'est la médication tonique et stimulante. Pour ceux-ci, rien ne réussit comme les antiseptiques, pour ceux là, l'expectation armée suffit.

Depuis quelque temps, plusieurs auteurs recommandent le chloral dans le traitement de l'affection diphthéritique. Ainsi, à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris, M. Joffroy se basant sur un certain nombre de cas favorables, emploie uniquement le chloral dans cette maladie, en raison de ses puissantes propriétés antiseptiques (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques.*) Pour cela, il use des irrigations, des gargarismes et des attouchements. Les premières se font avec une solution de 18 grains pour 5 onces d'eau. Ces irrigations (1 chopine de liquide à la fois) sont renouvelées toutes les heures durant le jour, et faites deux fois la nuit. Les gargarismes (même solution) sont employés autant de fois dans l'intervalle, et en outre, avant et après l'ingestion des aliments. Les badigeonnages enfin (solution de 18 grains pour 2 onces d'eau) se font au moyen d'une éponge ou d'un pinceau. Ils doivent être faits avec douceur afin d'éviter les déchirures de la muqueuse; la solution étant un peu caustique devra être portée le plus possible uniquement sur le point malade. Cette méthode, comme on le voit, est fondée sur l'assimilation de la diphthérie aux maladies primitivement locales qui ne se généralisent que consécutivement.

Le Dr C. H. Hughes, de St-Louis (Mo.) emploie aussi lui le chloral dans la diphthérie, mais il se base sur une toute autre théorie. Pour lui, l'épuisement nerveux et les pertes de sommeil étant les principales sources de danger dans la diphthérie, il importe d'assurer le repos et la restauration de ce système en assurant le sommeil du petit malade, et cela au moyen du chloral. Il emploie la formule suivante:

P.—Hydrate de chloral ..... 1 drachme
Sirop de tolu ..... 1 once
Eau de menthe, q.s. pour ..... 2 onces

M.—*Dose :* Deux cuillerées à thé dans deux cuillerées à soupe d'eau, en gargarisme, quatre fois par jour. A l'intérieur, une cuillerée à thé de cette solution, au moment du coucher, et répéter après minuit ou vers le matin, si l'enfant est alors éveillé. Le chloral ne doit cependant pas être administré au point d'affaiblir, à proprement parler, le système nerveux. Il doit soulager, restaurer tout simplement. Il est aussi à considérer que le chloral doit encore agir ici comme antiseptique. Comme adjuvants, le Dr Hughes conseille la quinine et le salicylate de soude.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

Messieurs les Rédacteurs,

Le Dr R*** publie dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE DU CANADA une étude sur la *diphthérie*, qu'il termine par ces mots : " Je serais heureux si quelqu'un pouvait m'enseigner un moyen plus efficace."

Je ne connais pas la valeur de celui qu'il recommande, attendu que je n'en ai jamais fait l'essai, mais je dois avouer que je le trouve d'un emploi trop difficile, principalement à la campagne. Au reste, votre correspondant l'admet lui-même. Je lui recommande l'usage du chlorate de potasse, à la dose de deux drachmes divisés en douze doses, à prendre comme suit : les huit premières doses toutes les heures ; les deux suivantes toutes les deux heures; puis les deux dernières toutes les quatre heures.

Pour les cas graves je répète le remède et de plus je fais quelques applications locales de glycérolé d'acide tannique.

Depuis cinq ans que j'emploie ce traitement, je n'ai pas perdu un seul patient.

Votre tout dévoué,

UN ABONNÉ.

26 avril 1885.

Pléthore médicale.

Aux Rédacteurs de L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

Pléthore, oui, c'est bien de cela qu'il importe de se plaindre ! Il me semble que chasser les étrangers qui dévorent le pain de la famille serait plus sage que de se plaindre de ses membres, quelque défectueux ou chétifs qu'ils puissent être. Le cultivateur qui dépense ses deniers à améliorer le sol qu'il possède fait mieux qu'un autre qui cherche à agrandir sa terre par tous les moyens sans s'occuper de sa production.

La pléthore tient à plusieurs causes, a dit avec raison M. le Rédacteur. Ne tient-elle pas aussi à autre chose qu'au nombre ? Ce n'est pas parce qu'il y a trop de médecins que l'on en voit se déplacer et prostituer leur profession. Non. Cela dépend de ce qu'ils n'ont pas de règle à suivre et qu'ils ne sont pas assez protégés. Ce n'est pas parce qu'il y

a un deuxième médecin dans le village que le Dr X. fait une visite pour trente sous, mais parce qu'il n'a pas de tarif à suivre, et qu'il s'est vu peut-être réduit à ne pas avoir plus devant une cour de justice, à cause de la mauvaise foi d'un confrère jaloux.... C'est encore pour pouvoir lutter avec les charlatans *d'occasion* et *de profession* qui ne diminuent pas, et surtout contre le sirop de gomme d'épinette et les remèdes patentés de toutes sortes, dont les annonces ridicules couvrent nos journaux tous les jours.

La plaie est incurable... mais a-t-on jamais travaillé d'une manière sérieuse à la guérir ? Pour ce qui regarde nos intérêts vitaux, n'y a-t-il pas eu de l'apathie de la part de ceux qui nous ont gouvernés ?

Songeons-y donc une bonne fois. Mais avant d'aller devant la législature, arrangeons nos plans de manière à ne pas avoir à y retourner.

Aucun remède ne devrait se patenter sans, au préalable, avoir été soumis au Collège des Médecins et Chirurgiens et avoir reçu son approbation. Il me semble que les arguments à faire valoir en faveur d'une telle loi sont si forts qu'il n'y aurait pas besoin de travailler longtemps avant de l'obtenir.

Nous n'avons pas encore de tarif et l'on crie à la pléthore ! Un tarif au maximum, mais au minimum surtout, et sous *peine d'amende* vaudrait mieux que le départ de deux cents médecins de la province. Cela n'empêcherait pas les pauvres de se faire soigner. D'abord il y a les hôpitaux, puis il serait beaucoup plus honorable de faire une visite pour rien du tout, dans un simple but de charité, que de faire payer un pauvre qui ne peut disposer de plus de vingt-cinq centins. C'est mon idée.

Tant que le mal des remèdes patentés ira son train, tant que les pronateurs de *cayacine* de Brault, et des *remèdes sauvages* de Racicot agiront *légalement*, tant que les charlatans trouveront toujours plus expéditif de payer en cas de prise et de continuer leur négoce malhonnête au détriment de la profession, il y aura toujours trop d'abus parmi les médecins.

Le médecin qui garde sa découverte pour lui, qui la fait patenter, est un égoïste, un indigne d'après mon opinion. Mais que voulez-vous ?... quand on voit des ignorants malhonnêtes faire fortune par ce moyen tandis que des médecins réguliers végètent, c'est propre à donner des idées. Le système du bon marché fait réussir les charlatans, quelques médecins qui rêvent plus aux écus qu'à l'honneur s'y lancent. Voilà.

Pour un public ignorant, un médecin ou un charlatan c'est ben la même chose : *c'est un homme qui soigne !* Alors, quand il sent du mal, il s'adresse à qui se présente à lui, ou à celui qui *charge moins cher*, et c'est ce dernier qui a la préférence. Si le soigneur est pris, il paye et continue son jeu ; la loi d'aujourd'hui est impuissante à l'arrêter Quand on ferme les portes, les honnêtes gens n'entrent pas si on ne leur ouvre, mais les fenêtres ouvertes les voleurs s'en donnent à cœur joie. Il me semble que le public a besoin aussi d'être protégé, car il n'est pas le dernier à souffrir de cet état de chose.

Voici maintenant que MM. les *Docteurs* dentistes se sont emparé d'une partie de la chirurgie *en plein jour*. Personne n'a protesté ! pas même ceux qui crient *pléthore* et *demi médecins*. Dans certains quartiers on avait même l'air content. Gare à vous, médecins-chirurgie

vous avez le droit de poser un œil, une jambe artificielle, mais pas une dent; vous avez le droit d'obturer n'importe quelle cavité, sauf une cavité dentaire; vous pouvez soigner le corps, mais non la bouche: *elle est aux dentistes!* Si, au moins, les dentistes s'en tenaient là...

Voici encore que les pédicures naissent. Quand ils seront sept ou huit, ils demanderont et *obtiendront* une charte de la législature, puis contesteront aux chirurgiens le droit de soigner le pied. Ce ne sera pas pire que nos dentistes; même origine, mêmes prétentions.

Pour le charlatan, une partie du corps n'est pas plus difficile à traiter que l'autre. Les pédicures soigneront le pied, puis la jambe, puis..... ils monteront. Oui, ils monteront comme les dentistes descendent.

Un dentiste, frappé de l'analogie des deux orifices du canal alimentaire, surtout quand la bouche est dépourvue de dents, passe à la région postéro-inférieure et essaye là son talent. Dans sa petite vitrine, à côté d'un palais artistiquement travaillé qui lui sert d'enseigne, voyez, une jolie petite boîte, c'est *l'onguent du* DOCTEUR M. *pour les hémorrhoïdes.* Voyez jusqu'où la *dentisterie* peut descendre. J'ai connu des bureaux où les maladies vénériennes étaient traitées *en masse.* L'aubaine n'était jamais refusée...

Les *demi médecins!* par malheur il n'y en a...que trop, mais ils y sont. Améliorer la position vaut mieux que crier, maintenant. Ils feraient d'honnêtes chiropodistes, de bons dentistes, si l'on ne s'était pas laissé enlever le contrôle d'une branche de la chirurgie la plus facile et la plus rémunérative.

Que l'on rende les abords de la profession difficiles, c'est bon. Que l'on établisse un bureau central d'examen, c'est encore bon. Cependant si les autres abus ne cessent pas, si l'on n'améliore pas la condition des pratiquants, il y aura toujours trop de médecins.

MEDICUS.

Charlatans.

Messieurs les Rédacteurs,

Dans le mois de septembre dernier, je me plaignais, par l'entremise de votre journal, tout en suggérant d'autres moyens, du mauvais système que le Bureau des Gouverneurs avait adopté pour la répression des charlatans. Une preuve nouvelle que ce système est défectueux, c'est qu'il y a tout près de deux mois j'ai signalé à notre régistrateur, un individu qui est venu, l'automne dernier, s'établir comme docteur dans Rawdon, comté de Montcalm, et qui, depuis, pratique la médecine ouvertement. Notre agent, averti de la chose par M. le Dr LaRue, m'adressa une carte, m'invitant de passer à son bureau, quand j'irais à Montréal. Je transmets cette carte à notre régistrateur, qui me renvoie un blanc à remplir, pour le faire parvenir ensuite à l'agent, me disant que c'était la loi. Si c'est la loi, il pourrait se faire que cet audacieux chevalier d'industrie, qui depuis six mois déjà s'affuble du titre de docteur, courût la chance d'être plusieurs mois encore, même plusieurs années, à pratiquer publiquement la médecine, au vu et su de tous les médecins des environs, et même de tous les médecins de la province, si vous voulez bien rendre publique ma com-

munication. Car peu d'entre nous, je crois, seraient disposés à aller en paroisse étrangère, recueillir des renseignements de porte en porte, quand on sait qu'il est assez difficile, dans sa propre paroisse, d'obtenir ces renseignements des personnes qui se font soigner par les charlatans. On connait, si l'on ne peut se l'expliquer, la sympathie que nos braves habitants montrent pour ces sortes de gens.

D'ailleurs, ce n'est pas une agréable besogne pour un médecin que de se mettre en quête de savoir qui a été soigné par tel charlatan, à quelle date il a été soigné, et quels prix ont été chargés pour les soins. Et si l'on est assez heureux pour apprendre toutes ces choses, il reste encore le prénom de l'individu : tout le monde l'ignore. Peut-être a-t-il été assez rusé pour le taire! On le connait pour M. le Dr *un-tel.* Pas d'autre moyen parfois que d'aller le lui demander à lui-même, ce qui n'est ni très facile, ni très convenable. Si encore après cela, la tâche était finie; mais non, on est exposé, pour récompense de son trouble et de ses démarches, aux tracasseries de l'agent d'un côté, (il y en a qui en savent quelque chose) et de l'autre aux invectives des gens qui adorent leur charlatan.

En présence de ces difficultés et de la mauvaise rémunération de nos services, on aime mieux rester tranquille et laisser faire les escrocs. Ceux-ci continuent à exercer paisiblement leur métier, et se rient des médecins qui paient pour être protégés, mais qui sont virtuellement mis dans l'impossibilité de l'être, par le seul fait que le Bureau des Gouverneur continue à maintenir un agent dans de semblables conditions, c'est-à-dire un agent qui ne peut intenter d'actions qu'à ses risques et périls, et qui, conséquemment, n'en doit intenter que le moins possible, au grand détriment de la profession.

Je demeure, Messieurs les Rédacteurs, en vous remerciant de votre obligeance,

Votre très humble,

St-Ambroise de Klldare. Dr J. Lippé

Traitement de l'arthrite aiguë par la compression élastique. —D'après le Dr B. Hall (*Cincinnati Lancet and Clinic*), le début des arthrites traumatiques affecte exclusivement la synoviale, dont la vascularisation et la sécrétion, très augmentées à cette période, amènent le gonflement général par accroissement intra et périsynovial. Il applique avec succès et dès le début du traumatisme un bandage fait avec une bande élastique. Il l'emploie pendant un temps qui varie de six à dix jours, ainsi que le montre quatre observations d'arthrite traumatique du genou. Puis il fait succéder à l'emploi de la bande élastique l'application d'un appareil plâtré amovo-inamovible pour faire des frictions et des mouvements du membre de temps en temps. A ce traitement il a joint soit les applications de glace, soit simplement l'élévation du membre.

La bande élastique bien appliquée depuis les orteils jusqu'au-dessus du genou peut rendre de véritables services. Il en résulte un soulagement très rapide et la diminution de l'arthrite dès les premières heures de l'application du bandage.

Pour M. Tarnier, *le sublimé corrosif est,* en *obstétrique, un antiseptique excellent, le meilleur probablement.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Des palpitations.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au nº 16 de la salle Ste-Adélaïde repose une pauvre femme qui, dès son enfance, avait déjà, au niveau de la région précordiale, des sensations pénibles. Plus tard, à la suite d'un mauvais mariage (ce qui ne l'empêcha pas de donner le jour à onze enfants), elle eut à subir de nombreuses émotions, si bien que, dans ces derniers temps, elle se tira un coup de revolver. Elle était remise de sa blessure lorsque survinrent des étouffements qui la décidèrent à entrer à l'hôpital. A son arrivée dans notre service, la malade, à part des palpitations très vives, surtout quand elle remuait, avait conservé un appétit relatif. n'avait pas maigri outre mesure, avait bien eu un peu d'œdème des membres inférieurs, mais ne présentait du côté du cœur aucun bruit anormal. Voilà avec quels éléments il fallait déterminer si les palpitations répondaient à une lésion organique du cœur ou étaient produites par une autre cause.

Bien que délicat, parce qu'il n'y a pas dans les palpitations de caractères qui puissent les faire distinguer les unes des autres, on arrive néanmoins à faire ce diagnostic par exclusion en tenant compte de l'étiologie et des caractères. Il convient, tout d'abord, de partager les palpitations, suivant leur origine, en palpitations symptomatiques d'une maladie du cœur et en palpitations nerveuses, soit idiopathiques, soit symptomatiques.

Observées à tout âge dans le sexe féminin, les palpitations idiopathiques se manifestent surtout chez la jeune fille, pour reparaître avec une certaine intensité à la ménopause. Assez fréquentes chez les jeunes garçons, elles en imposent alors à beaucoup de médecins pour les symptômes de lésions organiques du cœur. Outre l'hérédité, l'hypochondrie, il va sans dire que la débilité, l'anémie elle-même en sont des causes puissantes. Parmi les circonstances qui peuvent provoquer cet état, il faut ranger tous les excitants nerveux. Rien n'est moins étonnant, en effet, que de les observer chez des gens qui se livrent à de grands travaux intellectuels, ou chez ceux qui viennent de faire une longue course. Enfin, on doit mettre, avant tout, certaines intoxications, parce que cette dernière catégorie de causes est plus latente. En tête vient se placer l'intoxication par le thé, que nous rencontrons moins en France qu'en Angleterre. Stokes raconte qu'un de ses confrères vint lui demander asile, un beau matin, pour mourir. Après l'avoir laissé reposer, Stokes lui fit boire un peu d'alcool, et lui conseilla de supprimer le thé. Depuis, cet homme ne souffrit plus. J'ai vu, pour ma part, un cas semblable. Un médecin qui depuis quelque temps éprouvait des battements de cœur en avait conclu qu'il avait une affection organique. Résigné depuis longtemps à son triste sort, il vint, pour une raison que je n'ai pas pu connaître, me demander combien il avait encore de mois à vivre. Après n'avoir rien trouvé je lui conseillai de supprimer le thé. Le résultat fut excellent ; cet homme fut guéri. Le café, l'alcool et le tabac peuvent produire les mêmes effets.

Reste à voir maintenant quelles sont les causes, autres qu'une affection du cœur, qui peuvent éveiller ces palpitations. Si nous passons en revue tous les organes, il faut mettre en tête l'estomac, puis les troubles hépatiques et surtout ceux des voies biliaires. Il y a peu de jours, j'ai vu des palpitations de ce genre chez une dame. Si sa terreur à elle n'était pas bien grande, il n'en est pas de même de celle de sa famille. Or, en examinant la malade, je constatai que les palpitations étaient des coliques hépatiques. Rien d'étonnant, du reste, à cela, car il y a des gens qui ont des coliques hépatiques sous forme de migraines. Un peu plus rarement on rencontre des palpitations subordonnées à une maladie du poumon ou, chez certaines femmes, à une affection légère de l'utérus. Enfin, il existe une dernière cause, c'est le cas où une lésion porte sur le plexus brachial. Forestus rapporte qu'un individu, à la suite d'un coup d'épée dans l'épaule gauche, fut pris de violentes palpitations. Maintes fois il m'est arrivé des gens amputés, avec une irritation du moignon déterminant des palpitations et de l'hypertrophie du cœur. Voilà la série des causes qu'il faut d'autant plus rechercher que les malades ne vous mettront jamais sur la voie.

Quant à leurs caractères, ils sont peu différents de ceux des palpitations symptomatiques. Une différence doit être cependant établie entre les palpitations sensorielles et les motrices. Vous entendrez souvent des hystériques se plaindre de ce que leur cœur bat à rompre la poitrine. Par le palper vous ne sentez rien, et par l'auscultation vous n'êtes pas mieux renseigné, et cependant on ne peut méconnaître qu'il existe chez elles quelque chose. C'est pourquoi il faut définir la palpitation, une sensation pénible des battements du cœur, car on peut avoir des mouvements désordonnés du cœur sans éprouver le moindre malaise. Expliquer une pareille anomalie n'est peut-être pas aussi difficile qu'on le croit au prime abord. En effet, lorsque le soir, après une journée pénible, nous allons au lit, nous sentons les battements de notre cœur. Or, supposez que cette hyperesthésie s'exagère un peu, les battements deviendront alors pénibles et même douloureux. Plus fréquentes, il est vrai, sont les palpitations qui s'accompagnent de troubles fonctionnels. Dans ce cas, les mouvements sont amplifiés, accélérés ou irréguliers. Enfin, il faut ajouter que chez certains individus, ce bouleversement du rhythme cardiaque coïncide avec des bruits anormaux qui disparaissent en même temps que les palpitations. Quant au pouls, ordinairement accéléré, il peut quelquefois (fait noté par Corvisart) prendre une amplitude considérable, tandis que les mouvements du cœur sont peu exagérés.

Chercher, d'une part, à distinguer les bruits réguliers des bruits anormaux et savoir, d'autre part, que l'augmentation du cœur peut être sous la dépendance des palpitations, voilà avec quels éléments il faut arriver à faire un diagnostic. Cela, toutefois, n'est pas toujours facile, comme les deux exemples suivants vous le prouveront amplement. Dans le premier, il s'agit d'une dame qu'on reconnut, après un examen attentif, être atteinte de palpitations nerveuses. Soumise, en conséquence, à un traitement anti-anémique, elle ne tarda pas à guérir. Tout le monde se félicitait de ce succès lorsqu'un beau jour elle mourut subitement. Le deuxième fait a rapport à une jeune fille qui, entrée à l'hôpital pour des palpitations, ne tarda pas, après quelque temps de repos, à sortir guérie. Malheureusement, là aussi, une mort subite vint

prouver l'erreur de diagnostic. Le problème, comme vous le voyez, est loin d'être toujours facile à résoudre. Un seul examen ne suffit pas. Pas besoin n'est du reste de chercher bien loin pour vous le prouver, car vous en avez ici même un bel exemple. Cette femme, quand elle est venue, présentait une augmentation du volume du cœur, sans souffle. Deux circonstances cependant me faisaient croire à un rétrécissement mitral. D'une part, on sentait que la pointe du cœur battait dans le cinquième espace intercostal au-dessous de la ligne du mamelon et que la matité dépassait le bord du sternum de deux centimètres, tandis que, d'un autre côté, en écoutant attentivement, on constatait un dédoublement du second bruit. Enfin, troisième et dernier signe, le premier bruit était fortement claqué et tout à fait comparable à la détente d'un ressort. On ne trouve, il est vrai, chez elle aucune origine à cette affection ; mais cela n'a rien d'étonnant, car le rétrécissement mitral se produit dans le sexe féminin sans aucune lésion antérieure. Nous avons donc, en conséquence, hier, administré un milligramme de digitale qui a produit un certain soulagement. Par cela même la malade n'en devenait que plus suspecte ; aussi, continuant nos investigations, nous avons bien vite reconnu qu'il s'agissait d'un rétrécissement mitral avec palpitations nerveuses. Ainsi donc, souvenez-vous encore une fois qu'il s'agit de malades chez lesquels les investigations doivent être d'autant plus complètes que le pronostic en dépend.

Quant au traitement, il varie suivant la nature des palpitations. Lorsqu'elles sont sous la dépendance d'une maladie du cœur, employez la digitale. Si vous avez affaire, au contraire, à des palpitations nerveuses, n'usez pas de ce médicament qui, la plupart du temps, non seulement ne produit pas d'amélioration, mais même aggrave la situation, d'autant plus qu'on l'emploie à haute dose, surtout quand il y a des troubles gastriques. C'est donc aux autres antinerveux que vous devrez avoir recours. Le bromure de potassium, qui vient en tête, devra, lui aussi, être assez souvent rejeté en raison de l'estomac. Viennent ensuite la valériane qu'on pourra donner en lavement à cause de son mauvais goût, l'éther et une foule d'autres médicaments sur lesquels je n'insiste pas, car le plus important, c'est de vous adresser surtout à tout ce qui peut modifier la cause productrice des palpitations. —*Praticien.*

Sciatique ; guérison par les pulvérisations de chlorure de méthyle.—A la Société de Médecine de Nantes, M. Le Dr Ollive a communiqué quelques cas de guérisons de sciatiques par le traitement ci-dessus. Sous l'action de cette pulvérisation, la peau se couvre d'une véritable neige, avec sensation de brûlure assez intense. Dès que l'on cesse, la peau se montre rouge ou complètement décolorée par places. En ces points, la peau est tellement dure qu'on la croirait cornifiée ; mais bientôt elle reprend sa coloration normale et sa souplesse naturelle. Puis une rougeur intense remplace la pâleur, ressemblant à une brûlure au premier degré, avec douleur qui persiste trois ou quatre jours : mais la sciatique disparaît. On ne doit pas craindre un mauvais effet de cette réfrigération intense, à moins qu'elle ne soit portée trop loin. C'est M. le professeur Debove qui a préconisé ce procédé.—*Scalpel.*

Traitement de l'asthme.—M. le Dr Paul RODET précise les indications suivantes :

a) Traitement de l'accès. — L'indication capitale est de faciliter la respiration ; pour cela on emploiera les moyens suivants, décrits par ordre d'efficacité.

1o *Injections de morphine.* — Elles calment très rapidement, procurent un sommeil tranquille, mais on est obligé d'augmenter peu à peu les doses. On n'en usera qu'avec circonspection, de peur du morphinisme.

2o *Inhalations d'iodure d'éthyle.* — On en verse 12 gouttes sur un mouchoir qu'on fait respirer au malade. On calme ainsi l'accès rapidement et presque instantanément. Ces inhalations sont bien préférables à celles d'éther ou de chloroforme qui réussissent mal.

3o *Vapeurs ammoniacales* —Elles produisent la sédation en déterminant une sécrétion exagérée de la bouche et de l'arrière-gorge. Elles soulagent assez bien les malades.

On a aussi proposé de toucher le fond de la gorge avec un pinceau imprégné d'ammoniaque. On détermine ainsi un certain degré d'inflammation et une sécrétion abondante. Ce moyen a donné parfois de bons résultats.

4o *Inhalations de fumées médicamenteuses.* — Elles agissent sur la muqueuse bronchique. On emploie surtout les papiers nitrés que l'on fait brûler dans une soucoupe près du malade ; les plantes narcotico-âcres, telles que le datura, la belladone, dont on fait brûler les feuilles ou que l'on fume en cigarettes en y ajoutant un peu de sel de nitre. On prescrit également des cigares faits avec des feuilles de belladone auxquelles on mêle de l'arsenic. Tous ces moyens n'ont d'efficacité que pendant un temps limité.

b) Traitement de la maladie.—Rechercher les circonstances qui favorisent l'apparition des accès de façon à s'en préserver par un changement de milieu, de profession, etc. Le traitement médicinal variera selon la nature de l'asthme.

1o *Asthme catarrhal.*—Eviter tout refroidissement ; traiter la laryngite ou la bronchite primitive par les moyens ordinaires : boissons émollientes, kermétisées, opium et ipéca si l'état se complique d'embarras gastrique ; révulsifs cutanés.

Quand l'asthme n'est pas très ancien, Hardy conseille, comme un moyen merveilleux, l'application à la cuisse ou au bras d'un vésicatoire ou d'un cautère.

La teinture de lobélie, à la dose de 30 à 60 gouttes par jour, préconisée par les Allemands, est peu efficace.

Eaux de Royat et de Cauterets, séjour l'hiver dans le midi, au bord de la mer.

2o *Asthme nerveux.* — Bromure et surtout idodure de potassium qui produit d'excellents effets, sans que l'on en connaisse le mode d'action.

Café vert à la dose d'une cuillerée à potage que l'on fait infuser toute la nuit dans un verre d'eau. Une tasse le matin pendant plusieurs mois.

Bain d'air comprimé ; excellent moyen. Quelquefois on obtient le même résultat en ordonnant aux malades de sonner de la trompe ; on fait ainsi arriver une masse d'air considérable qui distend les bronches.

Gymnastique des membres supérieurs bonne chez les gens qui font peu d'exercice, comme les goutteux.

Hydrothérapie dans la bonne saison chez les malades qui ne toussent pas.

3o *Asthme herpétique.*— C'est-à-dire chez les malades chez lesquels l'asthme alterne avec l'affection cutanée : moyens hygiéniques et thérapeutiques indiqués plus haut ; préparations arsenicales. Exutoire dans le cas où un eczéma aurait disparu. Eaux du Mont-Dore, de préférence à celles de la Bourboule qui sont préférables chez les scrofuleux. — *Journal de médecine de Paris.*

Pathologie des bossus.—Dans une thèse fort originale, M. le Dr de Vésian expose quels sont les accidents cardio-pulmonaires qui surviennent chez les bossus, et qu'il résume lui même assez complètement dans les conclusions suivantes :

Les lésions caractéristiques qu'on trouve à l'autopsie des gibbeux sont : la diminution du volume des poumons consécutive à la réduction de la cavité thoracique dans tous ses diamètres, et la dilatation du cœur droit, avec ou sans hypertrophie des parois.

La dyspnée normale des bossus s'explique suffisamment par cette atrophie des poumons jointe à la difficulté de l'ampliation du thorax.

Le malade est ordinairement emporté après une série d'attaques d'asystolie consécutives à l'anesthésie cardio-vasculaire, si aucune affection de cause extérieure ne vient entraver la marche des accidents.

Toute affection thoracique, aussi légère qu'elle soit, produira des symptômes d'asphyxie qui pourront devenir mortels.

C'est par l'application des préceptes d'une hygiène rigoureuse que les bossus parviendront à retarder et même à entraver la marche de ces altérations fonctionnelles.

Lorsque la déviation est irrémédiable et ne peut donner prise à un traitement orthopédique, le bossu doit suivre une hygiène très sévère. Habiter un climat à température constante et prendre les plus grandes précautions à l'époque des saisons froides et humides pour éviter les refroidissements qui pourraient retentir d'une façon terrible sur ses organes thoraciques. Etre sobre dans son alimentation, régulier dans ses habitudes, éviter les exercices violents, les émotions profondes qui ont une si grande influence sur la circulation. Favoriser le fonctionnement régulier de tous les organes par un exercice modéré. Entretenir avec soin les fonctions de la peau, si intimement solidaires de celles du poumon, par des bains simples ou sulfureux, et surtout par l'hydrothérapie qui agit aussi en rendant le malade moins sujet aux refroidissements.

Tels sont les soins préventifs qui pourront retarder indéfiniment, si la déviation n'est pas trop intense, les accidents dyspnéiques, asystoliques et asphyxiques auxquels sont exposés les bossus. La plupart de ceux que nous avons examinés étaient forcés de se livrer à des travaux pénibles qui, certainement, ont contribué pour une large part à développer les accidents précoces et mortels que nous avons signalés.

Dans les cas de dyspnée habituelle, les indications sont les mêmes, plus sévères encore si c'est possible. Si des accès de palpitation, des crises dyspnéiques se produisent, on peut déjà associer la digitale sous forme de macération de poudre de feuille ou de granules de digitaline d'Homolle, au bromure de potassium. Les révulsifs cutanés sont indiqués dans ce cas (ventouses sèches).

La médication par l'air comprimé donne de très bons résultats en diminuant la congestion pulmonaire.

Enfin, lorsque le cœur droit est dilaté et hypertrophié, que les poumons sont congestionnés et emphysémateux, que les œdèmes apparaissent et qu'il se produit en un mot des phénomènes d'asthénie cardio-vasculaire, on doit appliquer le traitement ordinaire de ces accidents. —*Revue de thérap. méd. chirurg.*

Traitement du tænia par le chloroforme.—Plusieurs praticiens américains préconisent l'emploi du chloroforme contre le tænia.

Thomson prescrit un sirop composé de 1 drachme de chloroforme et de 1 once de sirop de sucre. Il fait prendre ce mélange en trois doses égales : la première à sept heures du matin, la seconde à neuf heures et la troisième à onze heures. Une heure après l'ingestion de la dernière dose, à midi, il fait administrer au malade 1 once d'huile de ricin. L'expulsion du tænia s'opère une heure et demie à deux heures après l'absorption du purgatif.

Enders associe le chloroforme à l'extrait de fougère mâle. Il fait prendre le matin, à jeun, un mélange de 1 drachme de chloroforme et d'une égale quantité d'extrait de fougère mâle, dans une émulsion d'huile de ricin.

Enfin le *Medical Record* du 29 novembre 1884 conseille un sirop composé de 1 drachme de chloroforme, d'une goutte d'huile de croton tiglium et de 1 once de sirop de sucre. Le tout est administré en une seule fois, le matin, à jeun.—*Morgagni.—Lyon médical.*

Thérapeutique de la diphthérie.—Dans une communication sur ce sujet faite à la réunion des médecins du cercle de Stralsund dans la séance du 2 décembre 1883, le docteur Hugo SCHULZ, du cercle de Greiwswald, établit en principe que l'angine diphthéritique est une simple localisation d'une infection générale, et passe en revue les médications employées contre elle.

Après avoir étudié successivement les alcalis, l'eau de chaux, l'acide lactique, la papaïne, dont l'action est extrêmement douteuse, à cause de la difficulté d'atteindre la fausse membrane et de la détruire complètement, l'auteur en arrive aux moyens qui agissent directement sur le poison. Le nitrate d'argent, le perchlorure de fer sont plus nuisibles qu'utiles, parce qu'à la suite de la chute de l'eschare, on a une surface ulcéreuse qui constitue une nouvelle porte d'entrée pour l'agent infectieux. Les antiseptiques locaux, l'acide phénique, l'acide salicylique sont également peu utiles, toujours à cause de la difficulté d'atteindre le point malade. Le permanganate de potasse ne possède qu'une action trop fugace; le chlorate de potasse, administré à l'intérieur, n'est pas sans péril; la quantité d'oxygène qu'il met en liberté est absorbée en grande quantité par les substances contenues dans l'estomac, et nous ne savons nullement quelle est l'action du chlorure de potassium sur le processus diphthéritique.

Contre l'emploi de la solution de sublimé, on a les mêmes objections que contre tous les autres topiques.

L'eau chlorée, la solution de brome et de bromure de potassium réussissent mieux à cause de la facilité avec laquelle elles donnent des vapeurs qui s'étendent dans les différentes parties du pharynx.

La pilocarpine employée par Guttmann est excellente en principe, elle ne réussit pourtant pas aussi bien qu'on pourrait le désirer, parce qu'elle n'agit pas directement sur le poison.

Schulz préconise le mercure à cause de son action locale et générale ; il répond, grâce à elle, aux deux ordres d'indications. Il y a déjà longtemps qu'on a commencé à l'employer : le docteur Rothe a traité, en deux ans et demi, 71 cas par le cyanure de mercure. D'après Schulz, le mercure serait transformé dans l'économie en chlorure ou en bichlorure : il serait éliminé par les sécrétions qui se font à la surface des ulcérations et agirait ainsi localement ; il détruirait, en outre, le poison diphthéritique dans le sang. L'auteur n'insiste pas sur les injections sous-cutanées, il propose, au contraire, la solution suivante :

Cyanure de mercure.....	1/5 grain
Eau distillée.....	4 onces.

Une cuillerée à café ou une cuillerée à bouche, suivant l'âge du sujet. On peut le donner, en outre, en même temps, en inhalations et en gargarismes.—*Paris médical* et *Deutsch med. Wochenschr.*

Traitement de la méningite tuberculeuse par le phosphore.— Une jeune femme, atteinte de phthisie laryngée, fut prise de symptômes évidents de méningite : délire, dilatation des pupilles, taches cérébrales, etc. Pendant sept jours, un demi-milligramme de solution huileuse de phosphore lui fut administré toutes les quatre heures ; puis le délire disparut et la malade se remit de sa méningite. Elle mourut quelque temps après de tuberculose pulmonaire. THOROWGOOD explique le résultat obtenu de la manière suivante :

Le phosphore est un tonique nerveux et facilite l'absorption de l'exsudation récente de lymphe qui existe à la base du cerveau ; pour que son absorption puisse se produire, la lymphe doit subir la dégénérescence graisseuse déterminée par l'administration du phosphore.—*The Practitioner.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Des polypes naso-pharyngiens. — Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler d'un petit garçon auquel j'ai fait l'incision du voile du palais afin d'arriver à cautériser un polype. Agé de 14 ans, bien constitué, et d'un courage assez remarquable, puisque sa première pensée à la suite d'une opération aussi douloureuse a été de me remercier, il commença en décembre 1883 à avoir de la céphalalgie et à ressentir de la pesanteur dans la gorge. Ses parents ayant examiné le fond de sa bouche constatèrent que le voile du palais était bombé ; aussi appelèrent-ils un médecin qui crut tout de suite avoir affaire à un polype fibreux. Dans le commencement de janvier 1884 l'enfant eut des saignements de nez, de la dysphagie, de la dyspnée, et sentit son haleine devenir fétide. A la fin du même mois on vit paraître une portion de la tumeur qu'il fut possible d'enlever sans effort. A partir de ce moment, comme il n'y avait plus de tension de la région, plus de pesanteur, on déclara tout terminé. Les choses en étaient là, lorsqu'au

mois de septembre dernier l'enfant s'étant plaint d'être de nouveau un peu gêné, on constata que la déformation du voile du palais s'était reproduite. Au mois de décembre 1884, les épistaxis revinrent en si grande abondance que les parents, ennuyés de le promener de médecin en médecin, l'amenèrent de la province à Paris pour le faire entrer dans notre service.

A son arrivée, nous constatâmes que la respiration était gênée, la narine gauche étant complètement oblitérée et la droite à peu près. Il n'y avait, par contre, ni trouble des oreilles, ni saillie des yeux, ni déformation de la face, ni céphalalgie, ni odeur caractéristique. L'éclairage de la bouche ne nous fit rien voir d'anormal, mais le toucher nous permit de constater l'existence d'une tumeur qui occupait l'arrière cavité des narines d'une manière régulière. Enfin, entre le 20 décembre 1884, jour de son entrée, et le 7 janvier 1885, jour de l'opération que nous avions retardée à cause des différents changements qui s'effectuent le premier de l'an dans le personnel des internes et des externes, la mauvaise odeur avait recommencé à se faire sentir.

C'est dans ces conditions qu'après avoir appliqué un bâillon, j'ai divisé le voile du palais sur la ligne médiane, saisi la tumeur avec une pince à larges mords afin d'en enlever une portion de la grosseur d'une noix. Ceci fait, j'ai enrayé l'hémorrhagie en touchant l'artère avec le thermo-cautère, et j'ai lavé la plaie.

Tel est ce cas de polype naso-pharyngien. L'âge, en effet, est bien celui de ces tumeurs, et tous les symptômes s'y rapportent. Les déformations de la face, il est vrai, font défaut, mais cela n'a rien d'étonnant, car il ne paraît pas y avoir de prolongements multiples, l'affection étant encore de date trop récente. A part cela, les épistaxis, la dysphagie, la dyspnée, la gangrène qui se produit sous l'influence d'un traitement insuffisant, soit qu'on ait pincé la tumeur, soit, dans d'autres circonstances, à la suite de l'application d'un caustique, la déformation de la région, le siège de la tumeur, son volume et les deux opérations en janvier 1884 et en janvier 1885 sont autant de faits qui plaident en faveur d'un polype. Il y a plus, cette tumeur s'est reproduite : or c'est là un caractère fondamental qui a joué un très grand rôle dans l'histoire des polypes naso-pharyngiens. A une certaine époque, en effet, on a cherché à vérifier par l'histologie d'une part, et par l'observation clinique d'autre part, quelle était la cause de ces reproductions. Le microscope, après avoir affirmé qu'on avait affaire à des fibromes, en vint à dire que ces tumeurs étaient des fibro-sarcomes et même des sarcomes, aussi n'a-t-il pas jeté un jour considérable sur cette question, et c'est à la clinique que revient cet honneur.

Comme depuis 200 ans il s'est constamment fait à propos de cette affection de déplorables confusions, je crois qu'il est bon, avant d'entrer dans de plus amples détails, d'établir plusieurs variétés. Il existe des polypes muqueux pédiculés facilement enlevables par les narines, des polypes muqueux pédiculés à base plus large qui envahissent les sinus maxillaires, des polypes muqueux des arrière-narines, variété sur laquelle j'ai attiré l'attention par quelques thèses, qui peuvent simuler les polypes naso-pharyngiens par leur siège d'un côté, par leur couleur d'un autre côté, et enfin parce qu'ils déterminent de petites hémorrhagies, et des polypes postérieurs fibreux auxquels on reconnaît véritablement le nom de polypes naso-pharyngiens. Cette confusion

est tellement vraie que, lorsque vous lisez les observations qui ont paru depuis le dernier siècle, vous voyez, jusqu'en 1840, époque à laquelle on insista sur la gravité particulière des polypes naso-pharyngiens, les opérateurs agir avec de petits instruments introduits par le nez. Si les chirurgiens d'autrefois confondaient tout, des erreurs sont encore commises aujourd'hui, puisque Sédillot, d'une part, et Dumesnil de Rouen, d'autre part, ont enlevé le maxillaire supérieur pour détruire de petits polypes.

Ceci dit, revenons aux données fournies par l'observation clinique. En 1840, elle nous apprit que les polypes naso-pharyngiens affectaient les hommes et jamais les femmes. On savait bien déjà que c'était une maladie qui frappait les jeunes gens; mais ce qu'on ignorait complètement, et ce dont on ne s'est aperçu que longtemps après, c'est que ces tumeurs perdaient la faculté de se reproduire vers 22, 23, 24 ou 25 ans.

Un mot maintenant sur la thérapeutique. Sans remonter à nos arrière-grands-pères, je vous rappellerai néanmoins le nom de Manne, d'Avignon, qui, en 1717, fendit le voile du palais. Pourquoi ne trouva-t-il pas d'imitateurs? Probablement parce qu'il était d'Avignon et pas de Paris. On continuait donc les petites opérations, lorsque Flaubert fils, de Rouen, en 1840, persuadé qu'il n'y avait pas à barguigner, enleva un beau jour le maxillaire supérieur pour enlever son polype. De 1840 à 1865, on voit les chirurgiens, attachés à l'idée qu'ils ont une tumeur récidivante, mettre tous les procédés en jeu pour arriver sûrement à cette extirpation, de telle sorte que cette résection totale, partielle, ou temporaire d'un des maxillaires supérieurs se présentait comme une opération radicale et par suite excellente. Les choses en étaient là quand, en 1865, se produisit un tout petit fait. M. Legouest arriva à la Société de Chirurgie, et nous raconta, avec mauvaise humeur, qu'il lui était impossible de croire que toutes ces démolitions fussent absolument le *nec plus ultra* de la chirurgie contemporaine. Il tira alors une pince de sa poche, et nous dit qu'il espérait avec cet instrument conduire un jeune enfant jusqu'à l'âge ou le polype disparaîtra de lui-même. Je vous avoue qu'à ce moment je ne pus m'empêcher de hausser les épaules, et de me dire: "Est-ce possible de se plonger dans de pareilles misères chirurgicales? Avec sa pince, M. Legouest, va moucher ce polype." Mais aujourd'hui que je ne suis plus auditeur, je reconnais mes torts, M. Gosselin, en effet, en 1869, fait l'opération de Manne. Le polype repousse, et un jour que le jeune homme se plaignait d'avoir mal à la tête, on lui trouve un bras et une jambe inertes. M. Gosselin, justement effrayé, se dit: "Il y a là quelque chose de cérébral, je ne touche plus à cela." Aussi, s'adressant au jeune homme: "Mon ami, lui dit-il, l'air des champs, le pays natal vous seront plus profitables qu'un long séjour à l'hôpital." L'individu suivit le conseil, et tout le monde le croyait mort lorsqu'au bout d'un an il vint offrir ses remerciements à M. Gosselin qui n'en pouvait croire ses yeux. Obligé cependant de se rendre à l'évidence, on constata qu'il n'y avait plus qu'un petit pédicule. M. Verneuil, qui était un grand opérateur, à la suite de l'opération de Manne, en 1871, applique de l'acide chromique et constate que la tumeur diminue, La suspension du traitement est suivie d'une récidive qui nécessite de nouvelles cautérisations jusqu'au jour où le malade sort d'un coup de tête. Six années se passent, et personne n'avait jamais eu de ses nouvelles, lors-

qu'un beau matin cet individu arrive dans le service et dit en souriant: " Eh bien? M. Verneuil! quand me faites-vous cette grande opération?" Il était guéri. Enfin, M. Lafont, ancien interne, et maintenant chirurgien à Bayonne, est consulté par un grand garçon de 24 ans qui voudrait bien voir disparaître ses saignements de nez. Impressionné par la lecture de l'observation de M. Gosselin, ce médecin se dit immédiatemont: " Voilà une tumeur qui est à la veille de son exécution." Agissant alors en conséquence, il renvoie le malade chez lui sans le toucher en aucune façon. Bien lui en prit, car au bout de 10 mois le jeune homme vint le remercier de ne pas l'avoir opéré. Lui aussi n'avait plus rien.

Quant à moi, j'ai eu l'occasion de voir deux malades. Le premier, en 1872, était un gros garçon de 17 ans, atteint d'un polype naso-pharyngien multiple. Suivant les erreurs d'alors, je lui fis une résection temporaire du maxillaire supérieur qui me donna l'un des plus beaux succès de résection qui ait été jamais obtenu. Le polype, néanmoins, repullula tellement qu'au bout de 4 mois il avait le même volume. Ne pouvant plus enlever le même maxillaire, et ne voulant pas toucher à l'autre, de désespoir, j'adoptai les cautérisations. Au bout de trois ans le malade a bien continué à entretenir une correspondance avec un de mes infirmiers, mais il n'est pas revenu. Je peux donc le considérer comme guéri. Quelques années plus tard, un jeune homme traité successivement par Giraldès et par M. A. Guérin m'est arrivé dans un état tel qu'on ne pouvait pas toucher la tumeur sans provoquer des hémorrhagies. Fort embarrasés, nous convînmes, cependant, de faire des cautérisations très réservées. Au bout de trois ans, ce garçon sortit grandi de 0,07 à 0,08 centim. et transformé en un solide gaillard. En présence de ces résultats, j'ai fait rédiger une thèse intitulée: De la cure des polypes naso-pharyngiens par les méthodes palliatives et lentes. Empêcher le malade de succomber pendant la période de pullulation du polype, voilà à quoi doivent tendre tous nos efforts. —*Praticien.*

Du panaris et de son traitement; par Nussbaum.—La terminaison si souvent défavorable du panaris, par ankylose, perte de phalange, etc., est la faute du malade et quelquefois du médecin. On s'attarde trop aux moyens dilatoires de cataplasmes de fécule ou de mie de pain, aux onguents, aux bains de camomille, et l'incision, quand on la fait, est trop parcimonieuse. L'auteur n'hésite pas à conseiller la chloroformisation, puis l'incision profonde jusqu'à l'os de la phalange sur son bord radial ou cubital en poursuivant largement jusqu'à l'articulation voisine. On débridera ainsi le doigt entier s'il est nécessaire jusqu'à ce qu'on ait rencontré le pus. Mais il faut surtout se garder des incisions dorsales ou palmaires qui affectent les tendons, sans compter les inconvénients ultérieurs de la cicatrice palmaire. Le pansement de Lister concourra à amener une guérison sûre et prompte.—*Wien. med. Presse,* —*Lyon médical.*

Pansement permanent des plaies.—Le pansement de Lister est bon, mais compliqué, et il faut le renouveler constamment. M. le Dr Marc Sée croit avoir à offrir mieux que cela et il en a fait une communication à *l'Académie de médecine* de Paris. Il procède comme suit:

L'opération terminée, avant de poser les sutures, M. Sée fait une insufflation de poudre de bismuth sur toute la surface saignante. Il obtient ainsi la cessation subite de tout suintement sanguin, en même temps qu'il rend la plaie parfaitement antiseptique.

Cette petite quantité de bismuth interposée entre les surfaces traumatiques ne les empêche nullement de s'accoller l'une à l'autre. Bien mieux, elle lui a paru favoriser considérablement la réunion immédiate et permettre de négliger ces irrigations répétées à l'eau phéniquée qui déterminent, par l'irritation qu'elle provoquent, un suintement séro-sanguin abondant, rendant nécessaire la présence prolongée des drains. Enfin, elle réduit au minimum le suintement séro-sanguin qui succède aux traumatismes.

L'écoulement sanguin arrêté, M. Sée réunit la plaie par une double suture. La suture profonde est enchevillée, à chevilles formées par de petits rouleaux de gaze iodoformée; la suture superficielle est entrecoupée, à points très rapprochés, pour maintenir exactement les deux lèvres en contact dans toute leur étendue. Un drainage très large est pratiqué, au moyen de drains volumineux,mais courts; l'extrémité profonde des drains, en caoutchouc rouge, est coupée obliquement et s'avance près du fond de la plaie, sans l'atteindre; leur extrémité superficielle, coupée au ras du tégument externe, est maintenue par une épingle de sûreté qui la traverse et s'applique à plat sur la peau. Il couvre ensuite toute la ligne des sutures d'une trainée étroite de poudre de bismuth, qui forme un petit cercle autour de chaque drain, sans pénétrer dans son orifice.

Cela fait, il couvre la plaie d'un petit sachet formé de cellulose au sublimé renfermée dans la gaze phéniquée. Ce sachet, de deux à trois centimètres d'épaisseur, a environ quatre travers de doigt de largeur et dépasse de cinq à six centimètres les extrémités de la ligne de suture. Il applique par-dessus une couche épaisse de coton enveloppant toute la région. Le tout est maintenu au moyen de nombreux tours d'une large bande de tarlatane, exerçant sur tout l'appareil une pression assez grande. Sur cette bande, enfin, il enroule une bande de caoutchouc, peu serrée, dépassant partout les bords des pièces de pansement sous-jacentes, et destinée à les maintenir toujours parfaitement appliquées sur la peau, malgré les mouvements que pourrait exécuter le malade.

Après quelques légères modifications du procédé, l'auteur a obtenu une durée moindre du traitement, qui peut être réduit à huit jours; économie de temps pour le chirurgien, qui n'a plus rien à faire après l'opération; réduction considérable des frais de traitement, tels sont les avantages que trouve M. Sée à ce nouveau mode de pansement permanent.—*Scalpel.*

Suites éloignées de la désarticulation du genou.—*Société de chirurgie.*—M. Nepveu.—M. Verneuil ayant eu pendant quelque temps dans son service deux hommes qui avaient subi l'opération de la désarticulation du genou quelques années auparavant, il m'a paru intéressant d'étudier sur eux quelles étaient les suites éloignées de ce genre d'opération.

Le premier malade, âgé de 63 ans, avait été désarticulé par M. Désormeaux, dix ans auparavant; il n'était guéri définitivement de

l'opération qu'au bout de dix-huit mois, et cette guérison ne fut obtenue qu'après formation, à l'extrémité du moignon, d'une large et mince cicatrice adhérente à l'os, sujette à s'enflammer, et qui s'ulcérait à chaque instant, rendant la vie du malade insupportable et l'empêchant de porter toute espèce d'appareil. Il marchait avec des béquilles.

Le deuxième malade a subi la désarticulation du genou à la suite d'une blessure reçue à la bataille de Gravelotte. La désarticulation avait été pratiquée une heure après le traumatisme. Il se leva pour la première fois dix mois après l'opération. La cicatrice mince, rosée, fortement adhérente à l'os, s'ulcérait de temps en temps, principalement au niveau de la saillie des condyles, et c'est pour se faire traiter de l'une de ces ulcérations que le malade était entré dans le service de M. Verneuil. Il ne pouvait marcher avec un pilon; il lui fallait un appareil très coûteux à l'aide duquel, à la vérité, il marchait assez bien.

Ces deux observations viennent en somme à l'appui de l'opinion la plus généralement admise aujourd'hui, à savoir que l'amputation de la cuisse au tiers inférieur est, à tous les points de vue, préférable à la désarticulation du genou.

M. Verneuil.—J'ai engagé M. Nepveu à faire cette communication parce que de temps en temps on revient sur cette question qui paraissait jugée, de la désarticulation du genou comparée à l'amputation de la cuisse au tiers inférieur.

C'est ainsi par exemple que tout récemment, dans une discussion sur ce sujet, les deux tiers des chirurgiens, à la vérité, ont combattu l'idée de la désarticulation, mais un tiers environ a paru ne pas être très hostile à cette opération. Plus récemment, moi-même, j'ai reçu d'un de mes élèves une lettre dans laquelle il me demande mon avis au sujet d'un procédé nouveau de désarticulation du genou. Il est vrai que ce chirurgien, enlevant la rotule et réséquant la masse condylienne, son opération ressemble beaucoup à une amputation de cuisse.

Eh bien, on ne saurait trop le répéter, la désarticulation du genou est une mauvaise opération et qui ne vaut pas l'amputation de la cuisse pratiquée très bas. Certainement, les deux faits signalés par M. Nepveu ne suffisent pas à établir un pareil précepte, mais ils viennent s'ajouter à beaucoup d'autres qui confirment les mauvais résultats de la désarticulation (guérison lente, moignon incapable de supporter le pilon, ulcération fréquente de la cicatrice, etc.).

Ce que je dis de la désarticulation du genou s'applique également, quoiqu'à un degré moindre, à la désarticulation du coude.

Quant à la cause de cette différence entre les deux opérations, je ne la saisis pas très bien. Cependant, ayant moi aussi pratiqué jadis la désarticulation du genou sur un enfant de 10 ans et ayant constaté à la suite un assez bon résultat, j'aurais assez de tendance à croire que l'âge des sujets opérés joue un rôle capital dans le résultat définitif, et que c'est surtout lorsqu'on désarticule les adultes que l'on a les mauvais résultats qui vous ont été signalés par M. Nepveu.

M. Berger.—M. Verneuil vient de nous dire que la désarticulation du coude ne valait pas mieux que la désarticulation du genou, et qu'à ce titre ces deux opérations devaient être rejetées. Je me demande la cause de cette proscription de la désarticulation du coude.

J'ai fait cette dernière opération, il y a peu de temps de cela, et non seulement le malade guérit vite, mais encore, au moment où il nous a

quitté, nous avons pu constater que le résultat obtenu était excellent. Le moignon n'avait aucune sensibilité exagérée, et il supportait très bien un appareil prothétique. Il est vrai que j'avais eu soin de réséquer assez haut tous les nerfs de la région.

Je reverrai d'ailleurs ce malade, et je dirai si le succès s'est maintenu par la suite.

Pour ce qui est de la désarticulation du genou, je crois que c'est à bon droit qu'elle a été laissée de côté, et cela parce que le volume du squelette, au niveau du genou, est en trop grande disproportion par rapport au volume des parties molles.

L'année dernière, M. Verneuil nous a parlé d'un moignon conique, spécial à l'adolescence, dû à ce qu'à cet âge, l'accroissement du fémur n'étant pas achevé, cet os grandit plus vite que la peau qui l'environne, et la tend d'une façon pénible.

Cette défectuosité doit être bien plus grande à la suite de la désarticulation du genou chez les enfants qu'à la suite de l'amputation de la cuisse, parce que dans ce dernier cas on supprime l'épiphyse inférieure de l'os, la plus importante au point de vue de l'accroissement ultérieur du membre.

M. Gillette.—Il y a quelques mois, on nous a présenté un malade qui avait subi la désarticulation du genou, dont le moignon était très convenable. L'opération datait de six à huit mois.

Ce fait n'enlève aucune valeur au cas de M. Nepveu, mais il montre qu'il ne faut pas conclure trop vite de quelques cas particuliers, surtout si l'on songe que les opérations dont il s'agit ont été pratiquées avant l'introduction des méthodes antiseptiques—*Médecin praticien.*

De la pluralité des néoplasmes chez un même sujet et dans une même famille.—On sait que chez certains sujets il y a des néoplasmes de nature différente et que dans les familles dont on connait plusieurs générations, les descendants présentent quelquefois des néoplasmes d'une autre nature que celle qui a été observée chez leurs ascendants. En un mot, il y a quelquefois pluralité des diathèses chez le même sujet ou chez les sujets d'une même famille. M. Alfred Ricard a développé cette question dans sa thèse avec un grand luxe de faits confirmatifs empruntés à tous les auteurs modernes, et il termine son travail en disant : il nous est permis de conclure que les néoplasmes sont fréquemment multiples ; que cette multiplicité, qui porte sur le même individu, peut être composée soit de tumeurs purement bénignes, exceptionnellement de tumeurs malignes, soit enfin et surtout d'un mélange de tumeurs bénignes et malignes. Il se demande ensuite quelle est la cause de cette multiplicité.

Pour les néoplasmes malins, leur multiplicité a toujours reconnu pour cause l'existence d'une diathèse plus forte que l'organisme, s'implantant sur lui, et de laquelle dépendaient toutes les tumeurs existant sur l'individu.

On a même été, en face de cette multiplicité si considérable de lipomes, jusqu'à admettre une diathèse de système ne visant qu'un tissu et laissant l'organisme en dehors de son atteinte.

Aujourd'hui, doit-on croire ainsi à une série de diathèses indépendantes les unes des autres ? Nous ne le pensons pas. En effet, l'examen minutieux des néoplasmes bénins a fait voir que souvent ils coexis-

taient ensemble, et que souvent aussi ils se transformaient l'un dans l'autre. Le fibrome s'infiltrant de graisse, le lipome envahi par le tissu conjonctif, le kyste sébacé devenant fibreux, la combinaison et la succession des différents tissus dans une même tumeur, la coexistence de ces tumeurs sur un même individu, peuvent donc légitimer l'existence d'une certaine parenté entre toutes les tumeurs bénignes, de sorte que, aux diathèses de système localisées par Broca à un seul tissu, on serait peut-être autorisé à substituer l'hypothèse d'une seule diathèse, la *diathèse néoplasique bénigne.*

Il y a, en outre, une diathèse néoplasique maligne. Celle-ci s'est de tout temps imposée et nous ne saurions l'établir davantage. Disons cependant que cette diathèse réunit étiologiquement l'épithéliome et le carcinome qu'une école d'anatomo-pathologistes range d'ailleurs dans la même catégorie.

Il y a donc deux diathèses néoplasiques, l'une bénigne, l'autre maligne, et ces deux diathèses, en apparence si dissemblables, si opposées par leurs manifestations, doivent être réunies en une seule et unique diathèse : la diathèse néoplasique.

Voici, en effet, les motifs de cette fusion des deux diathèses en une seule :

1° La coexistence maintes fois constatée des néoplasmes malins et des néoplasmes bénins sur un même sujet ;

2° La succession à longue échéance *in situ* d'une tumeur maligne à une tumeur bénigne autrefois extirpée complètement, que cette succession ait lieu dans le même organe, dans son congénère, ou dans une autre région ;

3° La métamorphose d'une tumeur pendant longtemps bénigne en une tumeur tout à coup maligne, métamorphose incontestable si l'on veut bien se rappeler que le papillome balanique devient un cancroïde du gland ; que la verrue du visage devient l'épithélioma ; que le fibrome dur, circonscrit, s'accroît vite, se ramollit et se change en tumeur fibro-plastique, molle, dite sarcome ; que l'adénome du sein est remplacé ou envahi par le carcinome, que la vulgaire loupe du cuir chevelu donne naissance à un ulcère de mauvaise nature ;

4° La succession possible d'un néoplasme bénin à un néoplasme malin ;

5° La réunion, non seulement dans un même sujet, mais dans un même organe, et qui plus est dans une même tumeur, de néoplasmes bénins et malins ;

6° Enfin, la coexistence de la succession chez les différents membres d'une même famille de néoplasmes différents de structure et de gravité.

Toutes ces raisons font rentrer l'étiologie des néoplasmes dans une même aptitude constitutionnelle, dans une seule diathèse, dont les effets peuvent être variables, bénins ou malins, mais dont l'essence reste unique : la diathèse néoplasique.

C'est en admettant cette unité de la diathèse néoplasique que l'on pourra comprendre comment une tumeur si longtemps bénigne devient tout à coup maligne, et comment dans une même tumeur peuvent se trouver associés les éléments les plus divers. Sans cette unité, il faudrait admettre sur le même individu porteur de néoplasmes multiples l'hypothèse, un peu forcée, de diathèses également multiples, et l'on ne saurait comprendre comment une tumeur à tissu complexe serait l'enfant commun de ces différentes diathèses combinées par hasard dans un même produit de conception.—*Paris médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Accouchement difficile. Engagement de la tête avec un pied.—Clinique de M. le professeur PAJOT, à l'Hôpital des cliniques.—Aujourd'hui va sortir du service la femme qui occupait le nº 41, et qui est accouchée, il y a justement aujourd'hui trois semaines.

Le samedi, pendant que je faisais la leçon ici, on apporta cette femme dans la salle des accouchements, je l'accouchai immédiatement après.

Le travail durait à peu près depuis trois jours. On trouvait, dans l'excavation, la tête, un pied, et, beaucoup au dessus, une main.

Le médecin qui avait été appelé à donner des soins à cette femme, s'était bien rendu compte de ce qui était, il avait même essayé, à plusieurs reprises de faire descendre la tête, ou de la faire remonter, afin de faire l'extraction de l'enfant en tirant sur le pied; mais malgré tous ses efforts, il n'avait obtenu aucun résultat, tous ses essais avaient été infructueux, rien ne bougeait. Il en était arrivé à cette période où on ne peut plus ni tirer, ni pousser.

C'est alors que, voyant qu'il ne pouvait plus rien faire, il s'est décidé à nous envoyer sa malade dans le service.

Je me suis rendu immédiatement compte de la situation. La cuisse du fœtus, engagée avec la tête, produisait sur cette tête l'effet d'une corde à nœuds. Toutes les fois que l'on tirait sur la tête pour essayer de la faire sortir, on était arrêté par la jambe du fœtus, et quand on voulait repousser la tête, la cuisse, plus grosse en haut qu'en bas, empêchait d'autant mieux les mouvements de cette tête.

Que faire ?—Nous nous sommes assurés facilement que l'enfant était mort. Nous n'avions donc rien à sauvegarder du côté de l'enfant. L'indication était alors tonte tracée, il fallait diminuer le volume d'une des parties pour faciliter le jeu de l'autre. Il fallait agir sur la tête fœtale.

Vous avez vu avec quelle facilité j'ai pu vider la tête au moyen du perforateur.

J'ai alors saisi un pied et, dès que je l'ai eu pris, je l'ai enveloppé d'un linge, afin qu'il ne glissât pas dans mes doigts, et j'ai tiré en bas. J'ai tiré en bas, mais en ayant le soin de tirer *suivant les axes*. Si vous agissiez ainsi vous obtiendriez des résultats merveilleux, et cela avec très peu de force ; tandis qu'en ne sachant pas, vous serez obligés de déployer une force énorme, vous vous épuiserez pour n'arriver à rien.

Il faut *tirer en bas* ; mais ce n'est pas avec le forceps qu'il faut tirer en bas ; il faut tirer en bas la partie fœtale.

Dans le fait particulier qui nous occupe, vous avez vu qu'une fois le pied saisi, l'opération a marché avec une très grande rapidité ; elle n'a pas même duré deux minutes.

A peine avais-je commencé à tirer que le second pied est arrivé : je l'ai saisi aussi et j'ai continué à tirer.—Si vous avez le soin pour les genoux, pour les hanches, de saisir dans la main les articulations, vous ne risquerez rien en tirant, nous n'aurez pas à craindre de luxer les membres.

Alors est arrivé le cordon, il était très tendu. — Dans les cas semblables, lorsque l'enfant vit, j'ai le soin de prendre le cordon

avec *trois* doigts, je le dire doucement d'en haut, et, lorsque j'ai fait une anse, je puis continuer à tirer sur l'enfant en toute sécurité; je ne m'expose plus à rompre le cordon qui a suffisamment de jeu dans l'anse que j'ai formée. Ici, l'enfant étant mort, nous avons simplement coupé le cordon.

On doit alors dégager les bras. On commence par le bras postérieur qui est le plus facile, et en l'ayant dégagé, vous rendrez le bras le plus difficile plus facile

Pour cela, vous relèverez le fœtus. Vous apercevrez ainsi la racine du bras. Passant alors votre main, le pouce sous l'aisselle du fœtus et la main sur la figure (vous mouchez le fœtus), vous ramènerez le bras sur la partie antérieure.

Ce sont là les règles à suivre ; il faut les suivre.

Pour dégager le second bras, le procédé est analogue. Ici, vous abaissez l'enfant autant que vous le pouvez —Vous employez la main la plus commode, celle dont la face palmaire s'adapte le mieux, et vous ramenez le second bras.

Voilà comment se fait le dégagement des bras.—J'aurai plus tard l'occasion de vous parler des complications qui peuvent se présenter ; mais voilà quel est le cas le plus commun.

Reste alors la tête,—broyée ou non.—L'extraction n'en est pas toujours facile.

Dans les cas ordinaires, voici comment on s'y prend.

Deux alternatives peuvent se présenter ; ou bien la tête a tourné, ou bien elle n'a pas tourné.

Si elle n'a pas tourné, comment ferez-vous ? Il faut absolument faire la rotation ; mais comment y arriver ?—Avant tout, je vous recommande au moins de ne pas vous amuser à tordre le cou du fœtus pour obtenir cette rotation.

Il y a deux procédés pour arriver à ce résultat, mais le premier ne réussit que dans les cas aisés ; il consiste à placer un doigt derrière chaque oreille du fœtus et à essayer ainsi la rotation ; ce procédé, comme je vous le dis, ne réussit que quelques fois—dans les cas aisés.

Dans les cas moins faciles, il faut avoir recours au second moyen que voici : on prend la main dont la face palmaire s'adapte le mieux au dos de l'enfant – en un mot, vous prendrez la main qui vous semblera la plus commode. Vous passez alors deux doigts sous la tête du fœtus, et avec un ou deux doigts vous allez trouver la commissure des lèvres et vous introduisez ce doigt ou ces deux doigts dans la bouche ; vous placez le pouce sur l'occiput et alors vous avez une force énorme ; il faut que ça tourne.

Dès que la rotation est faite, et que la tête seule est retenue, si la femme n'a plus de contractions suffisantes, vous introduisez un ou deux doigts dans la bouche du fœtus, vous placez en même temps deux doigts en fourche sur la nuque et vous dégagerez ainsi avec la plus grande facilité.

Notre femme du numéro 44 a été souffrante pendant quelques jours. Elle est rétablie aujourd'hui et il ne reste pas trace de son accouchement laborieux.—*J. des Sages-Femmes.*

De l'emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l'accouchement.—Dans une communication au *Bulletin général de thérapeutique*, M. le Dr A. Auvard démontre l'heureuse influence de l'eau chaude : 1° sur l'utérus gravide ; 2° sur l'utérus en travail.

On connaît la méthode dite de Kiwish, qui consiste à donner des douches vaginales d'eau chaude, d'abord de 30 à 40 degrés, puis de 45 degrés, dans le but de provoquer l'accouchement. Il semblerait donc que l'eau chaude portée au contact du col utérin doive provoquer la contraction utérine et l'accouchement.

Cette influence des injections intra-vaginales est d'ailleurs admise par la plupart des médecins qui n'oseraient prescrire des lavages vaginaux pendant la grossesse, de peur d'amener l'expulsion prématurée du fœtus.

Mais les observations de M. Pinard, accoucheur de l'hôpital Lariboisière, tendent à prouver le mal fondé de ces craintes, du moins en ce qui concerne l'eau chaude. Ainsi, en faisant des injections vaginales à la température de 46 à 48 degrés, avec un liquide antiseptique, on n'a jamais, pendant la grossesse, provoqué les contractions utérines.

Mais une double précaution est nécessaire si l'on veut obtenir cette innocuité. Il faut: 1° que l'injection soit faite doucement; si le liquide allait heurter violemment le col, pareil traumatisme ne laisserait probablement pas l'utérus indifférent; 2° qu'il n'y ait pas trace de début de travail, sans quoi les conditions sont complètement changées, car si l'utérus au repos tolère bien l'eau chaude, aussitôt qu'il est éveillé, qu'il se contracte, l'eau chaude l'excite, active la contraction.

Il est propable que les *succès* obtenus par certains auteurs dans la provocation de l'accouchement en appliquant la méthode de Kiwish sont dus à cette double circonstance, à savoir: qu'ils produisaient par l'injection un véritable traumatisme, ou qu'ils agissaient sur un utérus déjà entré en travail. Quant au simple contact et à la température du liquide, ils n'étaient nullement à incriminer.

L'influence de l'eau chaude est toute autre sur l'utérus en travail. Autant cet organe, pendant le cours de la grossesse, était indifférent à l'eau chaude, autant il y devient sensible pendant l'accouchement.

Données durant la période de dilatation du col, les injections ont, d'après les observations prises dans le service de M. Pinard, hâté de beaucoup cette dilatation. C'est ainsi que, pour ne prendre que les primipares à terme, on a trouvé trois à cinq heures comme durée moyenne de la dilatation. Sous l'influence de l'eau chaude, les contractions deviennent plus fortes, plus énergiques, mais n'augmentent pas de fréquence.

Pendant la période d'expulsion, on n'a pas donné d'injections; il est probable qu'à ce moment, l'action serait beaucoup moins marquée, le col devenant de plus en plus inaccessible au liquide injecté, à mesure que la partie fœtale descend. Mais l'action thermosystaltique continue à se faire sentir pendant cette période, et nous en avons la preuve dans ce fait qui a été observé plusieurs fois, à savoir l'expulsion spontanée du placenta rapidement après l'expulsion du fœtus.

Les intéressants résultats obtenus par M. Pinard peuvent se résumer ainsi:

1. Pendant la grossesse, quand il n'y a aucune menace de travail, des injections vaginales chaudes (48 degrés) faites avec douceur, ne provoquent en aucune façon la contraction utérine, et peuvent être données sans aucun danger;

2. Pendant le travail, les injections chaudes activent d'une façon

notable la dilatation de l'orifice utérin, abrègent non seulement la première période de l'accouchement, la plus longue et la plus pénible pour la femme, mais aussi la période d'expulsion et celle de la délivrance.

Du support à donner à l'abdomen durant la grossesse.—Le Dr Alex. Duke (*British Medical Journal*) conseille à la femme enceinte de mettre de côté l'usage du corset à partir du quatrième mois de la grossesse, et de le remplacer par un simple bandage abdominal qui a pour effet de mieux supporter les muscles en même temps que l'organe gestateur. Ainsi supportés, les muscles abdominaux peuvent plus efficacement venir en aide aux efforts expulsifs de l'utérus lors de la deuxième période, celle-ci étant aussi beaucoup plus rapide dans sa durée.

L'auteur a pour habitude de recommander à la nouvelle accouchée de détacher tout-à-fait sa ceinture abdominale durant la nuit, et de faire pratiquer, chaque soir, sur l'abdomen, des frictions douces au moyen de saindoux frais. Ceci a pour effet d'assouplir considérablement la peau du ventre et de favoriser la disparition rapide des vergetures qui la sillonnent.

De la délivrance après l'accouchement.—Le docteur Credé, croyant voir s'accréditer dans la presse médicale une interprétation erronée de sa méthode, donne aujourd'hui en détail dans *Archiv. für Gynekologie* la manœuvre qu'il recommande :

Le placenta se détache naturellement de l'utérus quelques minutes après la naissance de l'enfant. On reconnaît ce détachement à l'écoulement d'un peu de sang et à la diminution manifeste du volume de l'utérus qu'on sent alors entre le pubis et le nombril, comme un globe dur de la grosseur d'une tête d'enfant. Dès qu'apparaissent des coliques utérines, l'accoucheur saisit l'utérus tout entier entre ses deux mains à travers les parois abdominales, et le presse contre la concavité du sacrum ; il répète la manœuvre *plusieurs fois* si c'est nécessaire, *mais seulement quand il y a une douleur*, jusqu'à ce qu'on trouve le placenta à la vulve, ou complètement en dehors. Dans le cas où l'absence de contractions de l'utérus ou la sensibilité exagérée des parois abdominales empêche l'accoucheur d'exercer une pression suffisante pour expulser le placenta, il doit alors en se guidant sur le cordon chercher délicatement le placenta dans le vagin. S'il en sent une portion, il tire *doucement* sur le cordon d'une main, tandis qu'avec l'autre il presse sur le fond de l'utérus. Si, au contraire, on n'arrive pas au point d'insertion du cordon, et si une traction *douce* fait éprouver de la résistance, ne pas faire de nouvelles tentatives jusqu'à l'apparition de *quelques contractions utérines* qu'on peut d'ailleurs faire apparaître ou augmenter par de *légères* frictions et un peu de compression. Si enfin on trouve le placenta dans le vagin, on le saisit aussi haut que possible entre l'index et le médius de la main droite et on le tire doucement en bas et en arrière, tandis que la main gauche tient le cordon tendu. Lorsque le placenta se montre à la vulve, l'accoucheur le saisit à pleine main et le tire doucement en haut en le tournant plusieurs fois sur lui-même, afin que les membranes forment une corde solide qui ne puisse être déchirée. Puis on retire le tout et les caillots de dessous la jambe fléchie de la femme, pour les mettre dans un bassin vide.

Il est *très dangereux* et par conséquent *défendu* d'exercer de *fortes tractions* sur le cordon, d'essayer d'extraire le placenta trop élevé en introduisant toute ou en partie la main dans l'utérus et d'aider les efforts d'extraction en engageant la femme à souffler dans ses mains, à tousser ou à faire des efforts quelconques.—*Glasgow Medical Journal.*

Traitement de l'éclampsie puerpérale.—Le traitement préconisé par le Dr J. F. Sullivan se résume ainsi: Assurer la liberté du ventre au moyen de lavements, et par l'emploi de l'huile de croton à l'intérieur (3 gouttes sur la langue, si les convulsions continuent, injecter sous la peau 20 gouttes d'extrait fluide de veratrum viride et un demi-grain de morphine. Si le pouls reste toujours le même, injecter dix gouttes d'extrait de veratrum toutes les heures jusqu'à ce que le pouls soit sensiblement affecté. L'auteur ne fait rien pour hâter la délivrance.—*Analectic.*

De l'emploi du permanganate de potasse dans le traitement de l'aménorrhée.—Dans sa thèse inaugurale lue à la *Société Gynécologique de Chicago*, le Dr E. J. Doering rappelle les expériences de Bartholow au sujet de l'action physiologique de ce médicament. Bartholow qui, comme on le sait, a grande confiance dans le permanganate, prétend que celui-ci, bien qu'il se débarrasse promptement de son oxygène, ne le fait cependant pas assez rapidement pour empêcher que ce gaz ne se mêle au liquide sanguin. D'autres prétendent au contraire que les matières organiques contenues dans l'estomac et les muqueuses suffisent à s'emparer de l'oxygène du sel et à en empêcher ainsi l'absorption.

D'après le professeur Gray Bartlett, de Chicago, le permanganate de potasse est, dans l'estomac, réduit à l'état de deutoxyde (hydraté) de manganèse; or, comme celui-ci est aussi lui un agent oxydant énergique, il est bien possible que ce soit lui qui, dans l'économie, joue le rôle d'agent oxydant que l'on attribue ordinairement au permanganate. Il semblerait donc rationnel, suivant M. Bartlett, de substituer l'emploi du deutoxyde hydraté de manganèse au permanganate de potasse. Quoi qu'il en soit de ces transformations chimiques, le principal intérêt de la question gît dans l'action thérapeutique du remède. M. le professeur G. Thomas et les Drs Ringer et Murrell recommandent beaucoup le permanganate. Le Dr Doering s'en est servi dans trente cas d'aménorrhée dépendant d'anémie et d'atonie générale de l'appareil sexuel. Seize cas ont dû forcément être mis de côté vû la négligence apportée à prendre le remède en temps opportun, manque de persévérance de la part de la malade, etc. Quatorze cas restaient dont l'observation peut être regardée comme concluante. Voici les conclusions de l'auteur:

1. A dose de 2 à 4 grains, le permanganate de potasse est un emménagogue efficace pourvu qu'on l'administre durant un laps de temps de pas moins de deux semaines.

2. Son administration à doses assez fortes pour être efficaces est accompagnée de douleurs intenses qui obligent fréquemment de discontinuer l'emploi du remède et, par conséquent, l'empêchent d'agir aussi bien comme emménagogue.

3. Le meilleur mode d'administration consiste à donner le médicament sous forme de capsules, à égale distance des repas, donnant ensuite une pleine dose d'une eau minérale quelconque.—*Journ. of the American Med. Association.*

Traitement de l'endométrite ; par le docteur J. Chéron.—Le traitement de l'endométrite cervicale doit occuper une place importante, parce que cette affection est le point de départ de l'ulcération du col.

Toutes les fois qu'il existe une ulcération du col, il y a une endométrite préexistante

Il est donc rationnel de porter le topique modificateur sur la partie qui est le point de départ de la lésion.

Tous les moyens préconisés jusqu'ici ont donné des succès plus ou moins rapides. Mais lorsque l'endométrite prend la forme catarrhale, l'iode est le seul qui donne de vrais résultats.

Au lieu de la teinture d'iode, il est mieux de faire usage d'une solution aqueuse, préconisée par un pharmacien distingué, M. Dannecy, pour remplacer la teinture qui s'altère au bout de peu de temps et constitue un médicament très infidèle.

Voici les formules des deux préparations incolores nécessaires pour mettre l'iode à nu :

No 1.—Iodure de potassium	10	parties.
Iodate de potasse	1	—
Eau distillée	50	—

Badigeonner le canal cervical avec cette solution, à l'aide d'un tampon d'ouate, enroulé autour d'un bâtonnet, puis badigeonner avec un autre pinceau semblable imbibé de la solution No 2.

No 2.—Acide citrique	10	parties.
Eau distillée	50	—

Au contact de la solution No 2, l'iode est mis à nu et produit une action cathétérique toujours identique à elle-même.—Ce badigeonnage doit être fait tous les deux jours jusqu'à guérison.

A propos d'endométrite, le docteur Arnaud vient, dans une thèse récente, de démontrer que cette affection est assez commune chez les femmes atteintes de blennorrhagie.

Le symptôme prédominant, et sur lequel doit se porter l'attention du médecin, est la métrorrhagie

A la suite de l'endométrite blennorrhagique, il peut survenir entre autres complications surtout des accidents du côté des trompes, de l'ovaire et du péritoine qui revêt les ligaments larges.

Le pus utérin dans la métrite blennorrhagique renferme des gonococcus, comme le pus uréthral de l'homme atteint de blennorrhagie.

La métrite blennorrhagique peut survenir d'emblée, par contact direct du pénis malade (Hardy, Rollet).

Une métrite blennorrhagique ne pourra être considérée comme radicalement guérie, que lorsque les menstrues seront revenues régulièrement, sans douleurs et en quantité normale, après la disparition totale de tous les symptômes et complications.

La propagation de la blennorrhagie à l'utérus semble s'opérer par les lymphatiques, le col utérin et la moitié inférieure du canal cervical qui présente un revêtement pourvu de cellules pavimenteuses avec papilles et réseau lymphatique superficiel excessivement riche.-*Abeille méd*

PÆDIATRIE.

De l'épilepsie dans le jeune age.—Clinique de M. Descroizilles à l'hôpital des Enfants-Malades.—Les trois épileptiques que je possède dans la salle St-Augustin m'amènent tout naturellement à vous faire l'histoire des principaux points de cette affection. Et tout d'abord, examinons de quelle façon l'épilepsie peut se révéler. Si l'enfant est debout, il tombe tout d'un coup sans choisir son endroit, sa face devient pâle puis violette, ses membres se raidissent puis remuent. S'il est dans son lit, on le voit se laisser aller du côté droit ou du côté gauche, et avoir une crise analogue à la précédente. Quelquefois la langue est projetée au dehors, et une écume, soit blanche, soit sanguinolente, remonte à la surface des lèvres. Beaucoup enfin éprouvent avant l'attaque une sorte de frémissement qui de la main ou du pied finit par se propager à la tête. Quoi qu'il en soit, au bout de deux, de trois ou de quatre minutes, la détension se fait, le calme revient pour faire place à un état de torpeur dont la durée est de deux heures en moyenne. A côté de cette attaque complète, vient se placer le petit mal : Qu'un enfant, par exemple, vienne à laisser tomber ce qu'il tient, à cesser de chanter, à clignoter des paupières, à avoir de petits spasmes de la figure, et à s'affaisser de son siège, non pas comme foudroyé, mais comme subitement privé des moyens qui lui permettaient de lutter contre la pesanteur, on devra en conclure qu'il vient d'avoir un vertige épileptique. Vous croirez encore au petit mal, lorsque vous verrez soit des actes de violence faire promptement place à des mouvements normaux, soit une série de contorsions, d'inclinations, en avant ou de côté, se terminer par une chute. Sachez enfin que ces accès peuvent être tellement nombreux (10, 15, 20 et plus dans une même journée) qu'on a pu dire que certains sujets étaient en constance d'épilepsie anodine.

J'ajouterai maintenant, à propos du diagnostic, qu'on doit faire entrer en ligne de compte l'éclampsie à un tel point que la distinction est souvent très difficile à établir. Néanmoins, rappelez-vous que l'éclampsie est une maladie de dentition où l'on trouve de la fièvre, et, à la fin de l'accès, de l'albumine dans l'urine. Quant à l'hystérie, la sensation de boule, l'absence de perte de connaissance, les pleurs, la grande agitation sont autant de signes qu'on ne rencontre pas dans l'épilepsie. Il en sera de même pour la chorée où l'agitation incessante, le défaut de coordination des mouvements et la titubation ne vous laisseront aucun doute. N'oubliez pas enfin que certaines épilepsies sont symptomatiques de lésions cérébrales ou de tumeurs qui affectent quelquefois la moëlle. Dans de pareils cas, on observe souvent, outre des accès limités à un membre, des contractures, des douleurs locales et des vomissements qui n'appartiennent pas à l'épilepsie idiopathique.

J'arrive au pronostic. Bien que l'épilepsie soit une maladie désolante, vous n'avez pas cependant le droit de désoler les parents, car vous n'êtes pas tout à fait impuissants. En effet, avec un traitement approprié, on peut arriver à modifier les attaques dans une certaine mesure. Par conséquent, loin de vous contenter de dire que la situation est grave et de laisser voir qu'il y aura un retentissement sur l'intelligence, il faut

avoir bien soin d'ajouter que plus le traitement sera suivi, plus on a de chance d'amender ces accidents. En agissant de la sorte, si plus tard votre malade devient fou à un tel point qu'on soit obligé de s'en séparer, personne ne viendra vous adresser des reproches, d'autant plus que vos indications n'auront pas été suivies à la lettre. Quelles seront, toutefois, les circonstances qui pourront modifier en mal vos appréciations? Faudra-t-il prendre pour base la violence des attaques? Non, car il est prouvé que c'est au contraire le petit mal avec ses attaques courtes qui a le plus de tendance à transformer dans l'avenir les jeunes malades en idiots, en fous méchants ou furieux. Il faut aussi tenir grand compte des commémoratifs: aussi le pronostic est beaucoup plus sombre lorsqu'il y a parmi les ascendants un parent alcoolique ou fou. Enfin, il est facile de comprendre que plus l'enfant est jeune, plus son avenir est sombre, le cerveau étant d'autant plus modifié qu'il est moins avancé dans son évolution. Rappelez-vous enfin qu'il y a des épileptiques qui sont devenus des hommes remarquables, témoin César. Vous me ferez remarquer toutefois que César a fort mal fini. Cela revient à dire qu'en admettant même qu'un épileptique devienne un sujet distingué, il n'en reste pas moins une intelligence mal pondérée et un être non seulement insuportable dans la vie privée, mais même nuisible. D'abord, le jour de son mariage, il peut être pris de contorsions qui ne manqueront par de produire une désagréable surprise à sa jeune femme ; de plus, dans un avenir plus ou moins éloigné, il pourra devenir fou et assassin. Ainsi donc, quoi qu'il en soit, le pronostic demande à être toujours manié avec une certaine prudence.

Quelques mots maintenant sur l'étiologie. Vous verrez dans certains relevés que l'épilepsie s'observe dans les premiers mois de la vie. Défiez vous de ces assertions, car pour moi, on a dû faire une confusion avec des attaques d'éclampsie. En somme, l'affection s'observe dans un sexe comme dans l'autre, surtout à partir de 3 ans, et est d'autant plus fréquente qu'on approche de l'âge de raison. Ayant sa raison d'être la plupart du temps dans une tare héréditaire (alcoolisme, folie, syphilis) elle a , chez un certain nombre, pour point de départ, une colère, une rixe. Quant à l'opinion de Lasègue qui faisait résider cet état dans une malformation du crâne, elle me paraît un peu aventurée, aussi n'a-t-elle pas été adoptée. On peut encore invoquer l'influence de l'onanisme, des vers intestinaux, des traumatismes, mais on n'a plus alors affaire à l'épilepsie véritable qui n'a pas de lésion connue.

Arrivons au traitement. Au physique, on a conseillé les émissions sanguines. Les médecins anglais qui ont affaire à des sujets vigoureux sont assez portés pour ce genre de traitement; mais en France il est, en général, nuisible. L'application de quelques ventouses ou de plusieurs saugsues derrière l'oreille peut prévenir une attaque. On peut en dire à peu près autant des purgatifs, des cautères, des sétons, des vésicatoires permanents. J'arrive au grand cheval de bataille, à la série des antispasmodiques, et en particulier au bromure de potassium qu'il faut faire entrer par doses progressives pour le diminuer de la même façon après l'avoir maintenu pendant un certain temps à un certain diapason. Ceux qui faisaient résider les inconvénients du bromure de potassium dans l'élément potassique ont conseillé le bromure d'ammonium ou celui de sodium. Bien que les travaux allemands sur lesquels

M. le professeur Germain Sée a attiré récemment l'attention aient amplement démontré que le mal était produit par le brome, cette substitution n'en est pas moins d'un excellent effet. Vous pourrez encore donner la belladone prônée par Trousseau qui prétendait avoir été moins malheureux avec cet agent qu'avec tous les autres, l'oxyde de zinc et le lactate de zinc recommandés par M. Herpin, de Genève, et enfin la pilule de Méglin. Quant à l'éther, au chloroforme, il n'ont pas beaucoup d'efficacité parce que les sujets inspirent très mal au moment de la crise. A ce traitement intérieur, joignez des douches et surtout la gymnastique. Quelquefois enfin le régime alimentaire demande à être gradué avec sagesse. West, qui vivait au milieu d'une population pléthorique, conseilla tout d'abord de supprimer la viande; mais il ne tarda pas à mettre un correctif à son assertion primitive en disant qu'il faut, chez les anémiques, une médication tonique. Donnez donc des reconstituants à ceux qui en ont besoin, et conseillez-leur d'éviter autant que possible l'irrégularité des repas, la constipation, l'usage du café ou du thé.

Au moral, les conseils, les menaces ont une certaine influence lorsque l'enfant est assez intelligent pour vous comprendre. Il est enfin des épileptiques qui ont besoin d'une éducation particulière donnée par des professeurs spéciaux. Cela revient à dire que, malgré les inconvénients de l'encombrement, malgré les mauvais exemples qui en résultent, il y a, de l'avis de tous les spécialistes, beaucoup plus d'avantages que de mauvais côtés à les placer dans des maisons où ils recevront une éducation appropriée.—*Praticien.*

Dangers du pansement phéniqué chez les nouveaux-nés.—Le docteur Dreyfous a observé, à la suite de la circoncision chez deux enfants juifs, des symptômes d'empoisonnement causés par le pansement phéniqué. Il m'a, dit-il, semblé digne d'intérêt de les rapprocher et de les publier pour en tirer un enseignement pratique que l'on peut formuler ainsi: *Chez les enfants nouveau-nés, le pansement phéniqué est absolument contre-indiqué, l'absorption de l'acide phénique se faisant avec une extrême facilité et donnant lieu à des accidents de la plus haute gravité.*

Si l'on compare les phénomènes observés chez les deux petits malades aux symptômes décrits chez l'adulte à la suite de pansements phéniqués ou d'une médication phéniquée interne, telle qu'on l'a employée dans la fièvre typhoïde par exemple, on constate tout d'abord une analogie parfaite. Les urines noires, les transpirations abondantes, l'hypothermie sont les manifestations habituelles de l'intoxication phéniquée.

On remarquera que dans les deux cas s'est produite une éruption généralisée qui paraît être en rapport non seulement avec la diaphorèse, mais aussi avec l'élimination de l'agent toxique. Et, en effet, chez le premier enfant, pendant la période aiguë de l'empoisonnement, s'est développée une éruption scarlatiniforme presque contemporaine des sueurs profuses. Cet exanthème a fait défaut dans le deuxième cas.

Mais chez les deux enfants on a observé la même poussée furonculeuse qui, chez l'un, a persisté un mois après l'empoisonnement, chez le deuxième, vingt jours après le début des accidents. Ces deux faits, qui semblent calqués l'un sur l'autre, prouveraient que la peau chez

les nouveaux-nés ressent plus vivement l'action de l'acide phénique, et que chez eux une éruption furonculeuse et ecthymateuse doit être considérée comme un symptôme de l'intoxication phéniquée.—*Abeille médicale.*

Traitement de la leucorrhée infantile, par le docteur DESCROIZILLES.—Chez la petite fille on doit substituer aux injections les irrigations faites avec une canule à plusieurs orifices dont l'extrémité est maintenue à 3 ou 4 centimètres de la vulve. Tantôt on donnera la préférence aux substances émollientes, telles que la mauve, la guimauve, la graine de lin, le son, associées ou non à la morelle ou à la tête de pavot. Tantôt on se servira d'astringents, sulfate de cuivre ou de zinc, de l'alun, du tannin, de feuilles de noyer ou de roses de Provins. Si l'écoulement est odorant, on emploiera le permanganate de potasse, l'eau phéniquée, le sulfate de soude. S'il est nécessaire de cautériser, on peut employer une solution au 10° de nitrate d'argent ou le crayon dans les cas d'ulcérations profondes. En dehors de cette thérapeutique locale, on se trouvera bien des bains généraux d'amidon ou de son, des bains alcalins ou sulfureux, bains de sel de Pennès, d'eau de mer. Le traitement général n'est pas moins important. Si les malades sont anémiques, on donnera des préparations toniques, les ferrugineux, le quinquina ou l'huile de foie de morue. Quelques-unes supportent mieux le sirop de gentiane, ou les préparations amères dans lesquelles on associe la teinture de colombo à celle de Baumé et au sirop d'écorce d'oranges. S'il y a des oxyures, on donnera du calomel et de la santonine à petites doses; on fera mettre des suppositoires à l'onguent hydrargyrique.—*Archives de tocologie.*

Du traitement de la bronchite chez les jeunes enfants.—Dans la livraison de mars de la *Therapeutic Gazette*, M. le professeur H. C. WOOD, publie quelques remarques pratiques au sujet du traitement de la bronchite chez les enfants, remarques dont nous extrayons les préceptes suivants :

Au point de vue thérapeutique, les inflammations pulmonaires graves, chez les enfants, peuvent être considérées comme étant une seule et même maladie. Les mêmes règles générales de traitement s'appliquent à chacune d'elles.

La saignée est la plupart du temps mal supportée, mais chez les enfants robustes l'application de sangsues peut rendre de grands services au début de l'attaque, et est beaucoup moins dangereuse que l'emploi des antimoniaux, du veratrum viride et autres déprimants énergiques.

Dans ces cas, le *cataplasme-veste* (*jacket-poultice*) est plus efficace que les médicaments, bien que son emploi n'exclue en aucune façon l'usage de ceux-ci.

Le cataplasme s'applique de la façon suivante : Un morceau de flanelle bien épaisse est coupé en carré et de dimensions telles que, quand il aura été plié en deux et cousu en forme de sac, il puisse envelopper complètement la poitrine. Des cordons fixés aux deux bouts et en haut servent à l'attacher en avant et pardessus les épaules. Chez les enfants un peu remuants on peut fixer la flanelle aux vêtements de dessous au moyen d'épingles de sûreté.

Le cataplasme est recouvert immédiatement de soie huilée pour empêcher l'évaporation trop rapide.

C'est la farine de graine de lin qui convient le mieux pour remplir le cataplasme. Il est bon, dans la plupart des cas, de mêler une ou deux cuillerées à thé de farine de moutarde pour quatre cuillerées à soupe de farine de graine de lin.

On change le cataplasme plus ou moins souvent suivant les cas. Quand il y a beaucoup de fièvre, la chaleur du corps suffit à maintenir élevée la température du cataplasme, de sorte que celui-ci peut rester en place douze heures ou même davantage sans être changé.

Quand il y a tendance marquée au collapse nerveux, le cataplasme à l'ail est d'une incalculable utilité. L'ail dont on se sert ne doit pas être trop vieux. Les gousses sont écrasées et mêlées à partie égale de farine de graine de lin. Comme il est désirable de favoriser l'absorption de l'huile d'ail, ce cataplasme doit être mis en contact immédiat avec la peau.

Pour ce qui est des remèdes, la potion au citrate de potasse (1) est souvent très utile au début de la maladie. Cependant, chez les jeunes enfants, elle agit comme déprimant et ne doit pas être employée trop longtemps.

Quand le temps est arrivé de donner les sels d'ammoniaque comme expectorants, il faut les administrer à de courts intervalles, parce que l'action de chaque dose est de courte durée.

Dans les périodes avancées de la maladie, un remède passablement démodé, mais efficace tout de même, est le sirop d'ail. Quand l'estomac peut la supporter, l'huile d'eucalyptus est souvent très utile. S'il y a tendance marquée à l'adynamie, l'essence de térébenthine agit parfois très bien.

Il importe beaucoup que le médecin se souvienne que dans la pneumonie les médicaments n'exercent sur la maladie qu'une action fort légère et que souvent la vie du malade dépend du fait que le médecin, à un moment où les symptômes sont du caractère le plus alarmant, a assez d'énergie pour suspendre l'administration de tous les médicaments, sauf de ceux qui peuvent être donnés par le rectum.

Quand il y a tendance à l'asthénie, les stimulants sont bien supportés par les enfants; sous le nom de stimulants nous comprenons le punch au lait et autres aliments alcooliques, ainsi que la digitale.

Quand la digestion est en défaut, les aliments tout digérés, tels que le lait pancréatinisé, rendent souvent les plus grands services.

Il n'y a pas de doute que la quinine ne soit précieuse dans les maladies de ce genre. Elle est bien supportée, en général, par les enfants, mais il faut prendre certaines précautions. Ainsi, trois grains par jour devraient constituer la dose maximum pour un enfant d'un an ne presentant aucun accident paludéen.

Dans le catarrhe suffocant ou bronchite suffocante, j'ai inauguré, il y a déjà quelques années, un mode de traitement qui, dans l'occasion, m'a donné beaucoup de satisfaction. Il va sans dire qu'il ne faut l'employer que dans les cas désespérés, alors que la mort semble s'approcher rapidement, par suite de l'accumulation, dans les bronches, des mucosités et exsudats qui gênent au plus haut degré l'hématose, amènent dans

(1) Voir UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de mars 1885, p. 115.

le sang une accumulation d'acide carbonique, d'où l'asphyxie. Si dans ces cas,il est possible de soustraire de temps à autre au liquide sanguin une partie de l'acide carbonique qui s'y est accumulé, il peut se faire que la vie soit prolongée suffisamment pour permettre à la maladie de prendre une tournure plus favorable. Dans ce but il s'agit de provoquer des efforts d'inspiration et d'expiration. Pour cela, l'enfant est d'abord tenu au-dessus d'un bain à plus de 120° (c'est-à-dire beaucoup plus chaud que la main ne pourrait l'endurer),pendant que l'on projette alternativement sur sa poitrine des douches d'eau chaude et froide. L'impression produite par ces douches est telle que le petit malade est forcé comme malgré lui de faire des efforts d'inspiration et d'expiration qui ont pour effet de chasser du poumon une certaine quantité d'acide carbonique.

On peut encore activer ces mouvements respiratoires forcés au moyen d'inhalations d'ammoniaque, en titillant les narines, etc. Ces divers moyens devraient être mis en œuvre jusqu'à ce que le malade ait donné de signes évidents de retour à la connaissance. À ce moment, on le plonge un instant dans l'eau chaude (presque bouillante) au-dessus de laquelle on l'a tenu jusqu'alors. La peau rougit immédiatement et l'enfant crie de douleur, preuve que la sensibilité générale est revenue. Ces cris et ces pleurs ont eux aussi pour effet de favoriser la respiration forcée et de débarrasser le sang d'une nouvelle proportion d'acide carbonique.

Ce procédé doit être mis de nouveau en œuvre au bout de 24 ou 36 heures, si l'enfant venait à retomber dans l'état de stupeur décrit plus haut.

Le moyen est héroïque et ne doit être mis en œuvre que dans les cas désespérés—toujours dans une chambre bien chauffée.—Plusieurs fois je l'ai employé, même chez un enfant de cinq mois, et toujours, grâce à lui, j'ai réussi à sauver la vie de mes petits malades.

Traitement de la laryngite striduleuse.—Le professeur WIDERHOFER recommande, pendant l'attaque, de maintenir la langue en dehors de la bouche, pour prévenir l'occlusion de la glotte, et d'éponger de l'eau froide sur le visage. Dans les intervalles de crise, il donne du bromure de potassium, qu'il considère comme un spécifique contre ces attaques spasmodiques. Ce médicament doit être donné aux doses de 4 grains, le matin et le soir, jusqu'à 8 grains. En un ou deux jours, prétend-il, les attaques ne se produisent plus.—*Paris médical.*

SYPHILIGRAPHIE.

De l'adénite syphilitique.—Clinique de M. le professeur FOURNIER à l'Hôpital St-Louis.—Le bubon est un auxiliaire très utile pour le diagnostic du chancre. Maintes fois, en effet, lorsque l'accident primitif est disparu, l'engorgement ganglionnaire qui persiste vous permet encore de trouver la syphilis. En d'autres cas, le bubon vous met

sur la voie du chancre quand celui-ci est caché par une balano-posthite. Enfin, c'est un véritable élément de diagnostic dans le cas de chancre larvé. Au surplus, afin de bien fixer dans votre esprit toute l'utilité qu'on peut en retirer, laissez-moi vous rappeler de quel appoint a été un beau jour ce gonflement de ganglions lymphatiques entre les mains de M. le docteur Millard pour porter le diagnostic de syphilis. Un malade se présente à lui avec une éruption qui, après examen minutieux, est reconnue ne pouvoir être qu'une roséole. On ne tarde pas, en effet, à découvrir les plaques muqueuses, et naturellement on interroge le malade qui affirme n'avoir jamais eu de chancre. Après n'avoir rien trouvé aux sièges d'élection, M. Millard, procédant comme M. Ricord, fait la chasse aux ganglions, et découvre une chaîne auxiliaire. Il apprend alors que ce malade a été vacciné le 19 août 1865 à l'Académie de Médecine avec du vaccin pris sur enfant. Sur les six piqûres, quatre ont évolué naturellement, mais trois à quatre semaines après, les deux autres ont gonflé et se sont recouvertes d'une croûte. En présence de toute cette série de faits, M. Millard examine les deux boutons suspects et porte le diagnostic de chancre syphilitique déterminé sar la vaccine. Cette histoire fit beaucoup de bruit, aussi M. Depaul institua une enquête qui eut le résultat suivant : sur neuf enfants vaccinées on finit par en retrouver six qui étaient tous infectés par une syphilis récente. Quant au vaccinifère, il était mort de syphilis héréditaire.

Ceci dit, affirmons un premier point : c'est l'apparition, fatalement nécessaire du bubon, à la suite du chancre. Un traumatisme, par exemple, peut s'accompagner d'une adénite, mais il est aussi très possible que cette complication fasse défaut. Avec le chancre syphilitique, au contraire, rien de semblable; aussi M. Ricord a-t-il dit que le bubon suit le chancre comme l'ombre suit le corps.

II.—Siège du bubon.—Il se produit là où se rendent les vaisseaux lymphatiques de la région intéressée, et pas ailleurs. S'agit-il d'un chancre du vagin ou de la verge, vous le verrez apparaître dans l'aine. Le chancre occupe-t-il au contraire les lèvres, ce seront les ganglions sous-maxillaires qui seront intéressés. De tout cela résulte qu'il est important de préciser les différentes régions du bubon. Celui consécutif au chancre du périnée, de l'abdomen, de l'anus, occupera les aines; celui du menton, les ganglions rétro-géniens, de la langue, les ganglions sus-hyoïdiens, de la paupière, le ganglion préauriculaire, des doigts, le ganglion épitrocléen ou quelquefois de l'aisselle, et enfin celui du sein, les ganglions axillaires.

III.—Quand apparaît le bubon ? En se basant sur de nombreux faits, on peut dire qu'il devient appréciable à la fin du premier septenaire ou dans le courant du deuxième. Se fait-il dans les ganglions quelque chose de préalable? Je ne le nie pas, mais j'affirme qu'on ne sent quelque chose cliniquement que vers la fin de la première semaine. Cela est d'autant plus important à connaître que vous verrez souvent des gens venir vous consulter pour une écorchure. Bien qu'il n'y ait pas encore de bubon, patientez néanmoins pendant quelque temps avant de vous prononcer, car le chancre n'est peut-être encore qu'au troisième ou au quatrième jour.

Enfin, question capitale, en quoi consiste ce bubon ? Raisonnant à priori, on serait tenté de dire ceci : " A maladie grave, affection grave."

Ce serait, pour la circonstance, commettre une grave erreur, car c'est précisément le contraire qui a lieu. L'adénite consécutive au chancre infectant, en effet, est anodine à un point tel, qu'elle est souvent négligée par les malades, et passe même quelquefois inaperçue, parce qu'elle ne produit aucune douleur.

Résumons maintenant, tout d'abord en quelques mots, ses caractères principaux, au nombre de quatre : ce bubon est minime ou moyen, aphlegmasique, dur et polyganglionnaire.

I.—Adénite minime ou moyenne.—Le volume normal, en effet, peut être doublé, triplé, avoir la dimension d'une olive, d'une demi-noix; mais il s'élève rarement au-delà. Comparez ces dimensions à celles d'une adénite inflammatoire de l'aine; vous aurez alors affaire à un bubon qui a le volume d'une noix, d'un œuf, voire même d'un citron.

II.—Bubon aphlegmasique, c'est-à-dire, comme l'a si bien fait remarquer M. Ricord, dépourvu de chaleur, de rougeur et de douleur. A la surface d'un bubon symptomatique d'un chancre syphilitique, en effet, que voyez-vous ? La peau conserve sa couleur, la tuméfaction ganglionnaire naît, évolue et se termine sans douleur. De grandes différences séparent cette adénite de toutes les autres. Avec un bubon consécutif à un chancre simple, par exemple, le malade est obligé de garder le lit, tandis qu'avec une adénite d'origine symphilitique il peut danser. De plus, dans ce dernier cas, il n'y a pas de périadénite, si bien que les tissus voisins restant intacts, vous pouvez faire rouler la glande sous la peau.

III.—Adénite dure.—Lorsque vous touchez ce ganglion, vous sentez une dureté tellement spéciale que M. Ricord disait : " La dureté du bubon, c'est l'induration du chancre transportée dans le bubon."

IV.—Bubon habituellement composé de plusieurs glandes. Insistons sur tous les points et disons que ce n'est pas un caractère fatal, pour plusieurs raisons D'abord, il est des endroits où il n'y a qu'un seul ganglion, témoin la région préauriculaire. Enfin, j'ajouterai même que dans des régions où il y a beaucoup de ganglions, l'aisselle par exemple, on ne rencontre très souvent qu'un seul ganglion. Quoi qu'il en soit, on peut dire que presque toujours le bubon est polyganglionnaire par la bonne raison que les chancres s'observent plus fréquemment aux organes génitaux. C'est à cet engorgement ganglionnaire multiple que l'on donne le nom, par hommage pour le grand maître, de pléiade de Ricord. Qu'est-ce donc que cette pléiade ? Une grappe de ganglions voisins les uns des autres, moyens, durs, aphlegmasiques et glissant sous la peau comme des noisettes dans un sac. Mais ceci est trop important pour que je n'ajoute pas quelques détails.

1° Tous ces ganglions ne sont pas égaux. Le plus volumineux est celui qui est le plus près du chancre, aussi a-t-il reçu le nom de ganglion direct par rapport aux autres qui ne viennent qu'en deuxième main.

2° Cette pléiade inguinale est habituellement double, une à gauche et une à droite. Dans le cas de chancre médian, et a fortiori quand il y a deux chancres, un à droite et un à gauche, cela est très compréhensible. Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi, et, en certaines circonstances, on voit un chancre parfaitement latéral donner lieu à une pléiade double ou même à une seule pléiade du côté opposé. Pour expliquer de pareils phénomènes, il suffit de vous reporter à

l'anatomie de M. Sappey : " Les lymphatiques des téguments de la verge, dit-il, naissent de toute la superficie de l'enveloppe cutanée de la verge. Mais c'est surtout au niveau du repli qu'elle forme pour entourer le gland, c'est-à-dire au niveau du prépuce, que ces vaisseaux se montrent en grand nombre. Ils constituent sur les deux faces de ce repli un réseau à mailles serrées qu'on cesse graduellement d'apercevoir, en se portant d'avant en arrière..... Les troncules issus du réseau préputial se jettent dans un tronc médian qui se divise sur la racine de la verge pour aller se terminer à droite et à gauche dans le ganglion inguinal interne le plus élevé. Très souvent aussi il ne se bifurque pas et se rend alors, tantôt à droite, tantôt à gauche, dans le même ganglion....."

J'arrive maintenant à un dernier point beaucoup plus important, à savoir l'engorgement successif des ganglions de proche en proche. On croyait autrefois que le retentissement du chancre se limitait au premier groupe de ganglions; mais des autopsies, des recherches démontrent que les glandes situées plus loin sont prises également. Lorsque j'étais médecin de l'hôpital de Lourcine, le hasard a fait que trois femmes sont mortes en pleine éruption syphilitique. A l'autopsie, nous avons trouvé des ganglions iliaques presque égaux à ceux de l'aine. M. Horteloup est arrivé au même résultat. Est-ce là un fait isolé? Est-ce que cela n'arrive que pour les glandes de la région inguinale? Non, car en plusieurs circonstances, sur un malade affecté d'un chancre de la paupière, on a trouvé l'engorgement des ganglions situés au-dessus de la clavicule, fait qui a d'autant plus d'importance qu'il touche peut-être à l'essence même de la syphilis, car il semblerait indiquer que cette affection se propage de proche en proche par les vaisseaux lymphatiques.—*Praticien.*

Réveil tardif de la syphilis.—Dans une dernière séance de l'Academie de médecine, M. Fournier a insisté vivement sur le danger des syphilis latentes qui, après le chancre initial, ne se révélant plus par rien sur l'individu contaminé, n'en infectent pas moins les germes qui peuvent en provenir.

Parmi les preuves les plus convaincantes, les moins discutables, de l'existence prolongée de ces syphilis endormies en apparence, viennent en première ligne les exemples d'accidents tardifs, souvent très graves, se développant après un grand nombre d'années de tranquillité absolue.

Nous avons déjà eu l'occasion de citer plusieurs faits de ce genre; celui, entre autres, d'un sergent de ville, qui dans le courant de l'année 1859, alors que Broca suppléait Jobert (de Lamballe) dans son service de l'Hôtel-Dieu, faillit subir une résection de la clavicule, à l'occasion d'une périostite syphilitique. Cette périostite s'était développée près de vingt ans après un chancre du prépuce qui avait disparu en quelques jours, sans traitement, et qui n'avait été suivi jusque-là d'aucune éruption, d'aucune gomme, d'aucun accident, soit secondaire, soit tertiaire.

Broca, écartant l'idée de syphilis pour cette cause, avait supposé une nécrose de la clavicule, et il devait opérer le malade le jour même où Jobert, qui commençait déjà à présenter certaines étrangetés dans sa manière d'agir, vient inopinément reprendre son service. Il s'exclama bruyamment à l'idée d'une résection de la clavicule, affirma qu'il ne s'a

gissait que d'un accident syphilitique, malgré la date si reculée du chancre initial, malgré la santé restée parfaite dans l'intervalle. Et en effet, après quinze jours de traitement par les iodures à hautes doses, cet homme sortait de l'hôpital ayant sa clavicule complètement guérie.

Un cas tout à fait comparable, non moins démonstratif, peut être en ce moment observé dans le service de M. Guibout, salle Bichat, nº 47.

Il s'agit d'un homme de cinquante ans, entré le 20 février dernier.

Il y a vingt-sept ans que cet homme avait contracté la vérole. Présentant un chancre du gland, des plaques muqueuses à la bouche et à l'anus, il avait alors consulté M. Verneuil, qui lui avait fait prendre 100 pilules (sans doute des pilules de Sédillot).

Depuis lors, il n'avait rien eu qu'on pût attribuer à la syphilis, jusqu'au début des accidents qni l'ont amené à l'hôpital.

Pendant dix-huit ans, aucune éruption n'avait paru. Cet homme exerçait l'état de tonnelier, et il se portait parfaitement, affirme t-il.

Il y a neuf ans, il fut atteint d'une affection éruptive, occupant les bras et les jambes, considérée comme un eczéma simple par Hillairet, qui traita ce malade à l'hôpital Saint-Louis. Cet eczéma disparut en sept semaines, sans autre traitement que des bains et des applications de pommade camphrée.

Dans son état de tonnelier, cet homme éprouva divers accidents durant ces dernières années. Il eut la cuisse droite écrasée par la chute de tonneaux très lourds; il eut la poitrine comprimée du côté droit, à la hauteur du mamelon, entre des tonneaux.

Il attribue un très grand rôle à ces accidents dans la genèse de l'affection actuelle, et ce n'est pas impossible, car les traumatismes peuvent provoquer consécutivement des manifestations locales d'une syphilis latente, comme de toute autre maladie constitutionelle ou diathèse.

Quoi qu'il en soit, ce fut d'abord aux environs du mamelon droit qu'apparurent, il y a deux ans, de grosse bulles pleines de liquide. Ces bulles, à ce que prétend le malade, ne reposaient pas sur un fond rouge; il n'y avait entre elles ni rougeur, ni gonflement de la peau. Elles se succédaient sur un espace qui s'étendait de jour en jour, sans, paraît-il, changer de caractère jusque vers la fin de l'année 1884. Il y a deux mois environ seulement que les choses se compliquèrent. Au lieu de simples bulles, on vit paraître des nodosités, des saillies de la peau, des tuberculoses, qui s'ulcérèrent et devinrent le point de départ de plaies multiples.

Lors de son entrée, cet homme présentait, sur le thorax, l'abdomen, le bassin, la fesse du côté droit, et toute la moitié supérieure de la cuisse droite, une vaste plaque d'un rouge violacé, couverte d'une éruption tuberculeuse ulcérée, de plaies suppurantes, dont quelques-unes, profondes, intéressaient la peau dans toute son épaisseur, et quand on exerçait une pression autour d'elles, donnaient issue à du pus accumulé dans les couches sous-cutanées. Quand on faisait tenir debout cet homme, il était courbé fortement sur le côté droit, par suite de la rétraction cicatricielle résultant d'anciens trajets fistuleux de ce genre.—*Gazette des hôpitaux.*

FORMULAIRE.

Dyspepsie atonique.—*Da Costa.*

P.—Teinture de noix vomique..... 10 gouttes
Teinture de capsicum..... 1 goutte
Teinture de quinquina composée..... 1 drachme

M.—A prendre trois fois par jour. En même temps, Da Costa prescrit de trois à cinq grains de pepsine au moment des repas.—*College and Clinical Record.*

Fièvre hectique des phthisiques.—*DaCosta.*

P.—Sulfate de quinine ..... 1½ grain
Extrait de digitale..... ½ "
Poudre d'opium..... ¼ "

M.—Pour une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Plaques muqueuses.—*Gross.*

P.—Nitrate acide de mercure..... 1 drachme
Eau..... 1½ once

M.—Appliquer au moyen d'un pinceau, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Condylomes syphilitiques.

P.—Calomel..... 30 parties
Acide borique ..... 15 "
Acide salicylique..... 5 "

M.—En saupoudrer le condylome une fois par jour.—*Philad. Med. Times.*

Sucre laxatif.—

P.—Sel de la Rochelle ..... 10 parties
Sucre de lait..... 30 "
Huile essentielle de citron..... q.s.

M.—*Dose :* Une ou deux cuillerées à thé, au déjeuner.—*Analectic.*

Potion diurétique.—*Dr J. Mullone.*

P.—Esprit comp. de juniper..... 1 chopine
Sulfate de fer..... 2 drachmes
Acétate de potasse..... ½ once
Extrait fluide de digitale..... 2 drachmes
Sirop de scille..... ½ once

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe trois fois par jour.—*New York Medical Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, MAI 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

La nouvelle loi concernant les asiles d'aliénés.

M. le Dr V. P. Lavallée a eu l'obligeance de nous faire parvenir une copie de l' "Acte relatif aux asiles d'aliénés subventionnés par la province de Québec," tel que présenté à l'Assemblée Législative de Québec par l'Hon. M. Blanchet. Tel qu'il est, le projet de loi n'est pas parfait, nous l'admettons, mais il indique suffisamment qu'un travail considérable s'est fait dans l'esprit de nos gouvernants au sujet du meilleur mode d'administration des asiles d'aliénés et que l'on est décidé de prendre un peu à ce sujet l'avis de la profession médicale qui est le plus directement intéressée au parfait fonctionnement de ces institutions. Les réclamations qui se sont élevées de partout contre le mode d'administration de nos asiles ont porté leur fruit, en partie du moins, et nous avons lieu de croire que les remarques de la presse médicale ont été pour quelque chose dans le résultat obtenu.

Les préliminaires du bill se lisent comme suit. Les italiques sont de nous.

CONTRÔLE DES ASILES.

1. Les asiles d'aliénés subventionnnés par la législature de Québec sont sous le contrôle et la surveillance du gouvernement de la province.

MÉDECINS DES ASILES—LEUR NOMINATION ET SALAIRE.

2. Pour chacun des asiles de la Longue-Pointe et de Beauport, il est nommé par le lieutenant-gouvernenr en conseil :

1. un surintendant médical ;
2. un médecin interne et,
3. un assistant-médecin interne.

Le salaire du surintendant médical ne doit pas excéder le montant de dix-huit cents piastres par année.

Le salaire du médecin interne ne doit pas excéder le montant de dix-huit cents piastres par année.

Le salaire de l'assistant-médecin interne ne doit pas excéder le monde douze cents piastres par année.

Ces salaires sont payés par la province.

DISCIPLINE INTÉRIEURE DES ASILES.

3. Des règles et règlements peuvent être faits par le lieutenant-gouverneur en conseil pour la discipline intérieure et le bon fonctionnement des asiles.

Le médecin interne est tenu de résider auprès de l'asile, et son assistant, *dans l'asile même* ou dans son voisinage immédiat.

Ils sont chargés de faire exécuter les règles et règlements faits pour la discipline intérieure et le bon fonctionnement de l'asile, l'assistant doit aider le médecin interne à exécuter les ordres qu'il donne, et le remplacer en cas d'absence ou de maladie.

Les propriétaires des asiles, leurs surintendants, employés et serviteurs, sont tenus de mettre à exécution les ordres du médecin interne et de son assistant.

Les propriétaires sont, en outre, tenus de loger l'assistant- médecin interne d'une manière convenable.

Le médecin interne ou son assistant peut, pour cause d'incompétence ou d'insubordination, demander aux propriétaires de l'asile la révocation des surveillants, infirmiers et gardiens.

En cas de dissentiment au sujet de cette révocation, c'est l'inspecteur des asiles qui décide.

BUREAU MÉDICAL.

4. Le surintendant médical, le médecin interne et son assistant forment un bureau appelé : " Bureau Médical de l'asile des aliénés de (*nom de l'asile*)."

Le quorum de ce bureau est de deux.

2. Les propriétaires de chacun de ces asiles sont tenus de fournir au bureau, une chambre suffisante et convenablement meublée dans leurs établissements et aussi rapprochée que possible de l'endroit où se trouve la pharmacie qu'ils sont aussi obligés de fournir.

POUVOIRS ET DEVOIRS DU BUREAU MÉDICAL RELATIVEMENT AU TRAITEMENT DES PATIENTS.

5. Conformément aux dispositions de la loi, *le bureau médical surveille l'admission des patients à l'asile et leur renvoi temporaire ou définitif d'icelui.*

Ce bureau a le contrôle du service médical, de la classification des patients et du traitement qui doit leur être donné.

Le médecin interne et son assistant doivent consacrer *tout leur temps* au service des patients, et prescrire le traitement médical ou moral approuvé par le bureau, qui lui paraît le plus propre à hâter ou assurer leur guérison.

RAPPORTS DU BUREAU MÉDICAL.

6. Le surintendant médical doit faire un rapport dès les premiers jours de chaque mois, au nom du bureau médical, au secrétaire de la province.

Ce rapport doit indiquer le nombre de patients admis pendant le mois précédent, leur état et leur condition, le nom de ceux qui se sont évadés ou qui sont décédés, l'état et la condition des patients en général, le nom de ceux qui ne peuvent être mis en liberté; et contenir, en outre, toutes les observations et suggestions utiles ou nécessaires touchant l'amélioration de la condition des patients et le bon fonctionnement de l'asile.

Un rapport général complet détaillé est aussi fait, chaque année, de la même manière, par le surintendant médical.

Ce rapport général doit indiquer le nombre des patients admis durant l'année, le nombre de ceux qui ont été renvoyés temporairement ou définitivement, la date des admissions et des renvois, le nombre et le nom des patients payants, le nombre de ceux qui ont été guéris ou dont la condition a été améliorée, ainsi que de ceux qui sont décédés à l'asile, ou qui s'en sont évadés; et contenir en général, toutes les améliorations adoptées ou suggérées soit dans le traitement, soit dans l'entretien des patients, ainsi que toutes les informations demandées par le lieutenant-gouverneur en conseil.

***

La citation est un peu longue, mais nos lecteurs nous la pardonneront sans doute en faveur de l'importance du sujet.

Comme on le voit, le gouvernement a compris l'importance de mettre la direction des asiles—en ce qui concerne le traitement des aliénés—entre les mains du corps médical, exclusivement. Ainsi les propriétaires d'asiles n'auront désormais plus rien à voir dans le traitement des malades, leur admissiou, classification, renvoi, etc. Leur rôle se borne tout simplement à éxécuter les ordres du bureau médical. Ce bureau médical aurait pu, sans inconvénients, se composer d'un plus grand nombre de membres. C'est encore peu de trois médecins pour huit ou neuf cents malades, mais cela viendra plus tard, sans doute. Dans tous les cas, au lieu d'un médecin visiteur, instrument passif entre les mains des propriétaires, et d'un médecin interne nommé, contrôlé et payé par ces mêmes propriétaires, nous aurons un surintendant à rôle actif, un médecin interne et son assistant, dont *tout le temps* devra être consacré au soin de leurs malades, et dont les salaires seront payés par la province. Le *bill* ne dit pas que ces médecins devront être compétents, mais le bon sens le dit bien, lui, et il est à espérer que l'on saura profiter de l'occasion pour le reconnaître et agir en conséquence. Il y a ici d'importantes réformes à opérer.

Ce qui frappe tout d'abord dans ces préliminaires, c'est la somme d'autorité—nous dirions volontiers de suprématie—donnée aux médecins des asiles. Comparé à l'ancien état de choses, l'état actuel constitue un immense progrès. On pourra espérer, maintenant, que les médecins sauront se faire entendre. Ce ne sera pas un mal assurément.

Il nous fait plaisir de voir que l'admission des malades à l'asile, ainsi que leur renvoi, sera dorénavant confiée au seul bureau médical, et que le traitement des aliénés devra être institué d'une manière sérieuse,

personne autre que les médecins n'ayant droit de s'en mêler. Quelques-uns trouveront peut-être bien naïve cette expression de notre satisfaction. C'est que nous avions toujours naïvement cru que les médecins seuls étaient compétents à traiter les maladies, mentales ou autres. Il paraît que nous nous étions trompé.

Grâce au projet de loi actuel nous pourrons toujours nous flatter, du du moins en ce qui concerne les aliénés, de les voir désormais sous les soins de personnes qui s'y entendent.

Mais—il y a un mais, et un gros mais encore ! Dans tout ce qui précède nous avons parlé de la condition future des aliénés comme d'une chose sûre et certaine, ne devant plus souffrir l'ombre d'une difficulté. Hélas ! le bill en question n'a pas encore subi sa seconde lecture, et l'on a, en certains endroits, fait contre son adoption une croisade si acharnée que le pauvre projet de loi aura grand'peine à s'en tirer, nous assure-t-on. Au nom du bon sens nous espérons encore que ces craintes sont exagérées et que si le gouvernement ne prend pas possession des asiles d'aliénés, comme cela serait désirable, il tiendra à honneur de ne pas violer à la fois les lois de l'humanité et de la raison au point de maintenir davantage un état de choses dont on a tant à se plaindre.

La Variole.

Montréal a, actuellement, une nouvelle visite de la variole. Cette visiteuse n'est pas commode, on le sait, et au surplus, elle se fait fort de le prouver. Depuis le jour où le premier cas a été constaté 40 autres cas ont été enrégistrés dont plusieurs ont succombé, à l'heure où nous écrivons. Ça ne ressemble aucunement à une épidémie pour rire, comme on le voit.

D'où est venue la maladie ? Un employé des wagons Pullman, muni d'une attestation de M. le Dr Rodger, médecin de la compagnie du Grand Tronc, laquelle attestation disait que le porteur était atteint de la variole, fut dirigé d'abord vers le *Montreal General Hospital* où l'on refusa de l'admettre, puis à l'Hotel-Dieu où, après examen, il fut admis, la maladie dont il souffrait ne semblant pas, aux autorités médicales de cette dernière institution, devoir être grave. Au bout de quelques jours, la contagion s'était répandue dans l'hôpital et il fallut congédier la plupart des malades dont quelques-uns étant déjà en pleine période d'incubation, transportèrent la maladie en ville.

Les autorités civiques, sous la direction du comité d'hygiène, ont tout fait pour empêcher la propagation ultérieure de l'épidémie naissante. Cependant, jusqu'à aujourd'hui, il ne semble guère y avoir eu de baisse sensible dans la proportion quotidienne des cas observés. Le Bureau de Santé a là une belle occasion de déployer ses ressources et son activité. Nous comptons bien qu'il n'y manquera pas, et que l'on y aura assez de désintéressement pour oublier les petites querelles et rancunes personnelles pour s'occuper davantage du bien public.

Erratum.—Dans notre livraison d'avril dernier, page 148, ligne 37e, au lieu " toutes les 2 ou 3 *jours*," on doit lire: " toutes les 2 ou 3 *heures*."

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—*Statistiques municipales pour l'année expirée le* 31 *décembre* 1883. —Québec, 1885.

HUNTER.—*Ovariotomy*, by James B. Hunter, M.D., New-York.

HUNTER.—*Fifty cases of abdominal section; with remarks on Laparatomy*, by James B. Hunter, M. D., New-York.

LABUSQUIÈRE.—*Des ruptures utérines pendant le travail à terme: pathogénie et traitement*, par le Dr A. Labusquière.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 1884.

VALUDE.—*Du traitement chirurgical des néoplasmes mammaires*, par le Dr Emile Valude.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 1885.

RICHARDIÈRE.—*Etude sur les sclérosés encéphaliques primitives de l'enfance*, par le Dr H. Richardière.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 1885.

PINARD.—*Le Basiotribe Tarnier*, par le Dr Pinard, professeur agrégé à la Faculté de Paris.—Paris, G. Steinheil, éditeur, 1885.

JACOBI.—*Catalepsy in a child three years old*, by A. Jacobi, M.D.—Reprint from *The American Journal of the Medical Sciences*, April 1885.

EDWARDS.—*Modern Therapeutics of the Diseases of Children, with observations on the hygiene of Infancy*, by Joseph F. Edwards, M. D., D. G. Brinton, 115 South Seventh St., Philadelphia, 1885. Octavo de 350 pages.

Le titre de l'ouvrage est déjà une recommandation ; car, bien que presque tous les traités de pædiatrie s'occupent de thérapeutique infantile, les traités spéciaux sont comparativement très rares, et c'est probablement pour cela que le traitement des maladies des enfants est, en général, si peu en faveur parmi les praticiens, au moins les nôtres. Diagnostic plus difficile et thérapeutique différente, en voici assez pour expliquer le fait. L'ouvrage du Dr. Edwards est donc très-opportun. L'auteur n'a pas voulu faire un ouvrage original mais bien une compilation des traitements préconisés par les spécialistes les plus éminents de toutes les parties du monde, et en cela il semble avoir atteint son but très-heureusement. L'ouvrage est bien imprimé, bien cordonné et nous n'hésitons pas à le recommander comme un livre indispensable à tous ceux qui s'occupent de pædiatrie.

NOUVELLES MEDICALES.

M. le Dr Jos. Houle, M.D. (Laval, 1885), vient de se fixer à Lachine.

M. le Dr. Jos. Desjardins a laissé Yamaska pour St. Judes, où il succède au Dr. J. M. Desroches.

M. le Dr David, ex-interne de l'Hôpital Notre-Dame, a ouvert un bureau au No. 86 rue St. Antoine, Montréal.

M. le Dr W. Prévost, retour de Paris, se fixe définitivement à Montréal.

M. le Dr. Herménégilde Jeannotte, ci-devant de St. Hilaire, vient se fixer à Montréal.

Nous apprenons à la fois le mariage et le départ pour l'Europe de M. le Dr. Flavien Dupont.

M. le Dr. Brouardel, professeur de médecine légale à la Faculté de Paris, vient d'être nommé Commandeur de la Légion d'Honneur.

Par suite de la mise à la retraite de M. le Professeur Bouchard, la chaire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Paris est déclaré vacante. M. le Prof. Landouzy est chargé par *interim* du cours d'hygiène.

Les maladies qui actuellement font le plus de ravages à New York sont la rougeole, la scarlatine et la diphthérie. A Montréal la rougeole tend à disparaître et est remplacée par la variole. La diphthérie continue.

Le " traité d'obstétrique " du professeur Lusk vient d'être traduit en français par M. Doléris, chef de clinique de M. le professeur Pajot.

Le *Congrès Français de Chirurgie* a eu plein et entier succès. Les communications, discussions, etc., ont été des plus intéressantes. Dans une prochaine livraison nous donnerons à nos lecteurs un aperçu des travaux de ce congrès.

L'Association Médicale Américaine a tenu sa 36e séance annuelle à la Nouvelle Orléans, les 28, 29 et 30 avril et le 1er mai courant, sous la présidence du Dr. Henry F. Campbell, d'Augusta, Ga.

A l'observatoire de Yale College, dans le cours de l'année 1883-84. on a examiné 6,326 thermomètres de clinique.

Nécrologie.—A New-York, J. Lawrence LITTLE, M. D., professeur de chirurgie au *New-York Post-Graduate Medical School.*

NAISSANCES.

BASTIEN.—A Ste-Philomène, comté de Chateauguay, le 30 mars, la Dame du Dr J. V. Bastien, une fille.

FILIATRAULT.—A Montréal, le 27 avril, la Dame du Dr M. S. Filiatrault, une fille.

DECÈS.

DE VAUDREUIL.—A New-York, le 24 avril, M. le Dr Louis de Vaudreuil.

ARCHAMBAULT.—A l'Assomption, le 3 mai, Camille Archambault, Ecr. N. P. père du Dr Gaspard Archambault de Montréal.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE MEDICALE

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—**M. LARAMEE.**

Du rhumatisme noueux.

(Leçon recueillie par MM. A. Bernard et A. Delisle).

Messieurs,

La malade qui occupe le No 28 de la Salle Ste-Marie me fournit l'occasion de vous dire quelques mots sur une affection que vous aurez occasion de rencontrer souvent, dans le cours de votre carrière; je veux parler du rhumatisme noueux.

Cette femme, couturière de son état, est âgée de 46 ans et mère de cinq enfants. Elle se plaint depuis environ 8 ans de douleurs lancinantes commencées au poignet droit d'abord puis au gauche. Au bout de quelque temps, ses douleurs cessèrent, mais la malade s'étant mouillé les pieds, l'affection reparut sous forme de douleurs térébrantes aux articulations scapulo-humérales, aux genoux, aux articulations métacarpo-phalangiennes et tibio-tarsiennes. La malade nous déclare avoir eu de la fièvre à cette époque, mais plus tard celle-ci disparut tandis que les douleurs continuèrent dans les petites articulations, puis enfin les difformités articulaires s'établirent, spécialement aux métarcapiens, aux genoux, aux coudes et en suivant la marche caractéristique de cette maladie, c'est-à-dire envahissant l'articulation correspondant à celle déjà affectée.

Elle nous dit avoir habité, pendant longtemps, une maison froide et humide, et il parait qu'une sœur est affectée de la maladie. Comme il y a quatre mois que ses menstrues ont cessé de paraître, nous avons raison de croire que cette femme est arrivée à l'époque de la ménopause.

Le rhumatisme noueux, rare dans l'enfance et l'adolescence, est fréquent chez la femme, surtout à l'époque de la ménopause, après quarante ans. La transmissibilité héréditaire et le froid humide sont ses causes les plus puissantes, mais parmi les autres causes qui favorisent son développement on range la misère, les privations (*arthritis pauperum*) les grossesses répétées, la lactation prolongée, les diathèses tuberculeuse, herpétique, arthritique, les chagrins, etc. Il peut être quelquefois consécutif au rhumatisme vulgaire aigu et, dans ce cas, il atteint de préférence des sujets au-dessous de 30 ans. Chez notre malade, si son rapport est bien véridique, l'affection a débuté par un rhumatisme ordinaire, vu que les grandes articulations ont été envahies les premières et qu'elle nous a déclaré avoir eu de la fièvre au début, or, le rhumatisme noueux est apyrétique d'emblée et généralement les petites articulations des mains et des pieds sont intéressées primitivement, l'index et le médius étant le siége de prédilection de la maladie; cependant le pouce est souvent respecté, tandis qu'au pied le gros orteil est rarement libre, mais n'oubliez pas que toutes les articulations sont susceptibles d'être envahies, pourtant, la hanche n'est pas ordinairement affectée et ce fait est d'autant plus remarquable que la hanche est le lieu d'élection du rhumatisme partiel que l'on observe si fréquemment chez le vieillard.

Il arrive souvent que les articulations primitivement affectées sont celles qui sont le plus exposées à l'irritation par le genre de travail des malades, ainsi, chez la couturière c'est le médius, chez la lingère c'est le poignet, etc., etc.

Le rhumatisme noueux est non seulement chronique d'emblée, mais aussi paroxystique, symétrique et progressif (*rhumatisme chronique progressif*). Les premiers accès ne laissent pas après eux de déformations bien sensibles, mais c'est en se répétant qu'ils finissent par amener du gonflement, de la raideur et des difformités persistantes. Les attitudes vicieuses sont variées, mais les plus communes correspondent au type de flexion et d'extension, et ces difformités articulaires reconnaissent pour causes les contractions musculaires, la rétraction des tissus fibreux, des tendons, des aponévroses et en particulier l'hypertrophie des extrémités osseuses articulaires (nodosités). Lorsque la maladie en est rendue là, on peut dire qu'elle est dans sa période d'état, et c'est alors que l'on peut déterminer un véritable crépitus articulaire, comme vous l'avez constaté chez la femme qui fait le sujet de cette leçon et, à cette période ultime, les douleurs deviennent plus tolérables que dans les périodes de progression ; de fait, ce qui constitue la gravité de la maladie c'est son incurable infirmité, car les malades résistent longtemps au rhumatisme noueux qui a une durée indéterminée. Le rhumatisme noueux primitif ou secondaire peut bien entrainer des complications cardiaques, mais le fait est assez rare, et encore, au lieu des lésions valvulaires, ce sera plutôt de la péricardite ou de l'athérome, etc.

Lorsque plusieurs articulations importantes sont envahies au point de condamner les malades à une immobilité plus ou moins absolue, quelques-uns maigrissent ou pâlissent, mais, chose remarquable, le plus ordinairement la nutrition est assez bonne, et malgré l'immobilité des malades, les eschares ne sont pas communes.

Pour résumer, disons que le rhumatisme noueux est caractérisé par des lésions ostéo-articulaires surtout dans les petites jointures, par ses difformités articulaires rebelles à tout traitement, par la lenteur de sa marche, l'absence de phénomènes fébriles et de cette transpiration *sui generis* du rhumatisme vulgaire aigu, par sa marche paroxystique et symétrique. Enfin, n'oubliez pas qu'il est chronique d'emblée, progressif et rarement consécutif au rhumatisme articulaire aigu. J'ajouterai qu'il arrive par exception qu'il survient de véritables paralysies spinales dans le cas où, les articulations des vertèbres étant envahies, les saillies osseuses compriment la moëlle épinière.

Comment distinguer le rhumatisme noueux du rhumatisme ordinaire, blennorrhagique, et de la goutte ?

Le rhumatisme vulgaire affecte plus particulièrement les grandes articulations et est accompagné d'une fièvre assez intense, d'une transpiration acide et qui fatigue beaucoup les malades. Les douleurs sont vives mais non térébrantes, il y a peu d'épanchement articulaire, par conséquent peu de fluctuation, même dans la forme mono articulaire, une durée généralement limitée, pas de difformités.

Dans le rhumatisme blennorrhagique, l'affection est limitée d'emblée à une seule articulation, ordinairement le genou gauche, ce n'est que par exception qu'il affecte plusieurs articulations à la fois. La fièvre est presque nulle, sauf au début, où elle peut être assez intense. La transpiration, quand elle se montre, soulage ordinairement le

patient ; la douleur est bien moins marquée que celle du rhumatisme ordinaire mais nullement comparable à celle du rhumatisme noueux. L'histoire du cas, en nous renseignant sur l'existence préalable de la blennorrhagie, servira également à éclairer le diagnostic ; enfin sa durée ordinaire est de six semaines à deux mois.

De fait, le rhumatisme blennorrhagique, appelé aussi pseudo-rhumatisme, offre si peu de ressemblance avec le rhumatisme noueux que j'aurais dû le passer sous silence dans cette leçon, mais puisque nous nous occupons du rhumatisme, je finis en attirant votre attention sur le rhumatisme d'Heberden et le rhumatisme chronique fibreux qu'il ne faut pas confondre avec la maladie qui fait le sujet de cette leçon. Ainsi le rhumatisme d'Heberden est caractérisé par l'hypertrophie des nodules osseux qui existent normalement au niveau des phalangettes. L'extrémité des doigts est déviée à droite ou à gauche mais on ne peut percevoir de craquements ou crépitus. On rencontre cette affection presque exclusivement chez le vieillard, et il est rare que les autres articulations de la main soient bien intéressées.

Dans le rhumatisme chronique fibreux qui est comparativement rare, il peut arriver que les ligaments, aponévroses, etc., soient assez compromis pour entrainer des déformations remarquables des doigts et de la main, mais il y a absence de saillies osseuses et de craquement intra-articulaire.

Messieurs, la goutte peut entrainer des déformations presque analogues *prima facie* à celles du rhumatisme noueux, mais ces déformations sont le plus souvent des contractures musculaires entrainées par des dépôts d'urate de soude qui se forment au voisinage des jointures, du gros orteil spécialement. Ces dépôts sont connus sous le nom de *tophus*. De plus, cette affection se développe habituellement par suite de conditions hygiéniques qui font que les individus ne dépensant pas en proportion de l'assimilation, sont incommodés par une dyspepsie particulière dont les symptômes ordinaires sont la flatulence, le pyrosis, l'acidité gastrique, les nausées, vomissements, la constipation, etc., et on retrouve quelquefois des manifestations de cette diathèse urique sous forme de concrétions sous-cutanées ou dépots d'urate de soude sur les paupières, l'oreille externe, les ailes du nez, les joues, la paume des mains, les corps caverneux, etc. Je vous dirai en passant que les lésions cardiaques accompagnent rarement la goutte, sauf, dans des cas exceptionnels, la dégénérescence graisseuse du tissu musculaire du cœur.

Ainsi, messieurs, comme vous le voyez, toutes ces diverses affections sont loin de présenter les caractères particuliers du rhumatisme noueux, que nous avons passés en revue plus haut.

Parmi les maladies rebelles à tout traitement, s'il en est une qui mérite de figurer au premier rang c'est bien le rhumatisme noueux ; aussi l'ancien adage de "*guérir rarement*, *soulager quelquefois*, *consoler toujours*" y trouve-t-il son application. On conseille, entre autres choses, les opiacés, tout en prenant garde aux abus, le galvanisme, la faradisation musculaire, les bains chauds, les applications chaudes. L'iode (teinture) à la dose de 8 à 10 gouttes, 3 fois par jour avant les repas, les onguents iodés sont bien recommandés. Pour soutenir les forces, le fer, l'arsenic, l'huile de foie de morue, les hypophosphites, l'air pur, une bonne nourriture, etc., etc., mais ces méthodes de traitement ne peuvent rien pour remédier aux difformités articulaires ou arrêter le mal dans sa marche. Leur action est palliative.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

Messieurs les Rédacteurs,

Le traitement de la diphthérie, tel que préconisé par *Un abonné* (UNION MÉDICALE DU CANADA, livraison de mai dernier, p. 200), est d'une simplicité à faire rêver. Si nous en croyons l'auteur, son efficacité ne le cèderait à aucune autre méthode thérapeutique, puisque, depuis cinq ans, *Un abonné* prétend n'avoir pas, grâce à l'emploi du chlorate de potasse, perdu un seul cas de diphthérie. Le résultat a d'autant plus lieu d'étonner que, si l'on en excepte Seeligmuller, aucun thérapeutiste du jour ne vante plus le chlorate de potasse à l'égal d'un spécifique dans la diphthérie. Il en est qui, comme Ringer et Bartholow, ne disent pas un seul mot de l'emploi de ce médicament dans l'angine couenneuse. Stillé et Jacobi en déconseillent formellement l'usage. En France, on l'emploie plus volontiers peut-être, mais à mesure que l'on comprend mieux la nature véritable de la maladie, on s'éloigne graduellement des médications plus ou moins empiriques pour en venir à une thérapeutique plus rationnelle, et à l'heure qu'il est, l'antisepsie est la première condition de traitement de la diphthérie.

Ce n'est pas à dire pour tout cela, je le comprends, que le chlorate de potasse soit absolument inerte dans la diphthérie. Malgré l'autorité considérable des auteurs que je viens de citer, j'accorderai à *Un abonné* que le chlorate peut rendre quelques services dans un cas donné d'angine diphthéritique, mais de là à en faire un remède réussissant dans *tous* les cas, il y a bien loin. Un abonné est-il bien certain de son diagnostic dans *tous* les cas? Et peut-on lui demander par quel chiffre se comptent *tous* ces cas? J'admets même que tous les cas étaient de la vraie diphthérie et que leur nombre a été assez élevé, mais *Un abonné* n'a pas oublié, je l'espère, que la gravité relative des cas dépend de la gravité de l'épidémie régnante. L'épidémie est souvent assez bénigne, et alors nous sauvons la grande majorité de nos malades... ou pour parler plus correctement, la grande majorité de nos malades se guérissent fort bien seuls et sans l'aide de notre médication. D'un autre côté, dans les épidémies malignes, ne voyons-nous pas échouer fatalement toutes les médications possibles? Et même au cours d'épidémies relativement graves, nous voyons quelques diphthéritiques guérir seuls, sans le secours d'aucun médicament. A ce propos, un cas tout récent me revient en mémoire. Dans le cours de mai dernier, un de mes clients me disait être fort satisfait de l'hiver qui venait de finir. " Nous qui étions ordinairement, chaque hiver, visités par la maladie, disait-il, nous en avons été exempts cette fois. Cependant, a-t-il ajouté, nous avons tous eu un peu de mal de gorge, mais ça n'a pas duré longtemps, et, chose étrange, nous en avons tous été atteints à peu près vers le même temps, dans l'espace d'une quinzaine. Nous avons eu un peu de fièvre, bien que le mal de gorge fut peu douloureux." En questionnant un peu, je suis parvenu à apprendre que ce client était allé plusieurs fois dans une famille où il y avait de la diphthérie, et qu'il avait été atteint le premier, chez lui, au bout de quelques jours.

Pour moi, il y avait eu là de la diphthérie, et si ces malades avaient eu la curiosité d'examiner ou de faire examiner le fond de leur gorge on y aurait trouvé les fausses membranes que l'on connait. Voilà donc toute une famille, huit personnes, ayant souffert de diphthérie et ayant guéri sans le secours d'aucun traitement. Dois-je, pour cela, préconiser l'abstention complète de toute mesure thérapeutique ou au moins l'expectation ? Non, pas plus que je ne pourrais invoquer l'influence salutaire du chlorate de potasse si, appelé dans cette famille, j'avais prescrit le médicament en question. *Post hoc* n'est pas toujours *propter hoc* et *Un abonné* ne devra pas l'oublier.

Veuillez agréer etc. MÉDECINE.

Montréal, 24 mai 1885.

Messieurs les Rédacteurs,

Les deux correspondances que vous avez publiées au sujet du traitement de la diphthérie m'ont fait souvenir d'un projet que, depuis longtemps, je me proposais de vous soumettre, et qui a déjà été mis à exécution en Angleterre et aux Etats-Unis sous le nom de *Collective Investigation of Disease.* Il s'agirait d'ouvrir ce qu'on pourrait appeler une *enquête* sur un point de médecine pratique. Une série de questions bien définies étant données, tous les lecteurs de l'UUNION MÉDICALE seraient appelés à y répondre en exposant les résultats de leur expérience sur le sujet proposé. La somme d'informations ainsi obtenue devra nécessairement être très précieuse au point de vue pratique, pour peu que vos lecteurs comprennent l'importance de l'observation clinique, ce dont je ne veux pas douter un seul instant.

Il y a deux ans, la *Therapeutic Gazette*, de Détroit, a ouvert une enquête de ce genre sur la diphthérie, considérée à la fois dans son étiologie, son anatomo-pathologie et son traitement. Nombre de réponses ont été reçues et publiées, et le résultat a été, en somme, fort satisfaisant. Pourquoi ne feriez-vous pas de même ? Pourquoi, par exemple, ne demanderiez-vous pas à vos abonnés de vous transmettre, dans un délai déterminé, toutes les informations pratiques possibles sur le traitement de la diphthérie, la valeur relative des médicaments par eux employés, les résultats obtenus par telle ou telle méthode, etc.

Je suggère cette question du traitement de la diphthérie parce qu'elle est d'une importance majeure pour nous qui avons à combattre la diphthérie pour ainsi dire tous les jours, et que, la théorie est alors souvent peu d'accord avec la pratique.

Dans l'espoir que ma suggestion pourra vous être agréable et recevra l'approbation de vos lecteurs, je demeure,

Votre bien dévoué,

St.B..... mai 1885. CURATIO.

De la cirrhose hépatique.—Le professeur DACOSTA est d'avis que la cirrhose hépatique est susceptible de guérison à sa première période, mais qu'elle est tout à fait incurable quand la rétraction du tissu conjonctif est établie. Il a eu occasion d'en voir un cas chez une femme qui n'avait pas fait usage d'alcool, et le plus grave de tous les cas observés l'a été chez un enfant de quatre ans.

Au début le traitement consiste en saignées locales (sangsues), sulfate de magnésie, crême de tartre et iodure de potassium.—*College and Clin. Record.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Diagnostic de l'état de mal hystérique et de l'état de mal épileptique.—Clinique de M. le professeur CHARCOT, à la Salpêtrière.

L'état de mal hystérique comporte un pronostic si différent de l'état de mal épileptique, avec lequel il peut cependant présenter de grandes analogies cliniques, qu'il est de toute utilité de pouvoir les distinguer. Il ne suffit pas, pour que l'état de mal soit constitué, que le malade soit atteint d'un grand nombre d'attaques dans une journée. L'état de mal est constitué lorsque les attaques, au nombre de cent à deux cents par jour, par exemple, se succèdent assez vite pour être subintrantes, une nouvelle attaque se produisant pendant la durée du sommeil stertoreux qui suit la précédente, ou bien encore, lorsque, si un intervalle se produit, le coma ne cesse pas pendant ce temps, et le malade ne se réveille pas. Dans l'épilepsie, cet état particulier crée pour le malade un danger très proche, car dans la moitié des cas au moins, il finit par succomber. On peut constater en effet, en ce cas, des modifications importantes dans l'état général; on observe sur la peau la production d'érythèmes, de bulles ou quelquefois d'eschares; le pouls augmente de fréquence, la température s'élève et atteint 39°, 40° ou même 41°, et c'est dans ces conditions que la mort peut survenir. Toutefois, il faut savoir que l'état de mal épileptique se compose de deux périodes: la première, qui a une durée variant de un à trois jours, est caractérisée par ces attaques subintrantes, à la suite desquelles le malade peut succomber brusquement; dans d'autres cas, la température s'abaisse et on peut croire que le malade va guérir; mais souvent alors c'est la période dite méningitique qui commence, pour durer trois ou quatre jours; la température s'élève de nouveau, le coma persiste, les eschares se développent avec rapidité, et cette série d'accidents se termine le plus souvent par la mort, après une durée totale de huit à neuf jours, quelquefois aussi par la guérison.

Les différents symptômes qui constituent cet état peuvent se retrouver dans d'autres cas. L'éclampsie puerpérale se présente sous une forme identique, avec une semblable élévation de température, et ce n'est que par les commémoratifs que le diagnostic peut être établi.

La néphrite interstitielle avec urémie convulsive ne présente pas non plus de différence apparente; cependant il y a ici un caractère différentiel important dans la température qui est abaissée au lieu d'être élevée. Enfin l'état de mal hystéro-épileptique peut se montrer avec des caractères très analogues et difficiles à distinguer sans un examen approfondi. Encore ici y a-t-il lieu d'établir une distinction dans la forme de l'état de mal hystérique: chez certaines malades, les attaques qui se succèdent se présentent avec leurs symptômes habituels et leurs différentes périodes qui permettent de les reconnaître assez aisément: c'est l'état de mal hystérique vulgaire. Mais dans l'état de mal que l'on peut appeler épileptiforme, les diverses périodes de l'attaque peuvent être supprimées, et il ne reste plus

que la phase convulsive : l'état de mal hystérique épileptiforme se rapproche alors beaucoup de l'état de mal épileptique vrai. Il y a cependant des différences importantes : c'est tout d'abord que dans l'hystérie, les accès sont plus nombreux que dans l'épilepsie vraie. Chez une malade du service, par exemple, le nombre des accès avait été de huit mille en quinze jours ; chez une autre, ce nombre avait dépassé vingt et un mille en vingt-six jours ; une autre malade, en état de mal, avait eu un jour cinq cents accès et le lendemain plus de quinze cents.

Cette multiplicité des attaques est importante au point de vue du diagnostic : malgré ce nombre considérable, il n'y a chez les hystériques ni sécheresse de la langue ni tendance aux eschares, et surtout pas d'élévation de température ; ce dernier point est capital, car il permet d'affirmer que le malade n'est pas en danger. En outre, dans l'épilepsie, l'affection ne dépasserait pas neuf jours, tandis que chez l'hystérique elle peut aller jusqu'à vingt-six jours. Ainsi, dans ce dernier cas, non seulement les attaques sont beaucoup plus nombreuses, mais la série a une durée beaucoup plus longue.

Il existe d'autres différences notables : dans l'épilepsie les malades ne se réveillent jamais ; dans l'hystérie, il peut y avoir, après une centaine d'attaques, un réveil momentané ; on voit alors la malade parler, sourire, souvent même elle demande à uriner, car c'est là un fait contraire à ce que l'on observe dans l'épilepsie, les hystériques souillent très rarement leur lit ; de plus elles continuent à s'alimenter d'une façon suffisante. Enfin, dans l'intervalle de ces séries d'attaques il se produit souvent un phénomène quelconque révélant sûrement leur nature hystérique. Toutefois les moyens qui réussissent ordinairement à arrêter les attaques, comme la compression des ovaires ou des points hystérogènes, ne donnent ici aucun résultat.

On voit donc que s'il y a de grandes ressemblances entre l'état de mal hystérique et l'état de mal épileptique, il y aussi de notables différences qui permettent de porter un diagnostic dont l'importance est considérable en raison de la diversité du pronostic.—*J. de méd. et de chir. prat.*

Formes bénignes et latentes de la fièvre typhoïde.—Il est beaucoup de cliniciens qui, pour prononcer le mot de fièvre typhoïde, exigent un ensemble de symptômes caractéristique et complet.

Ils supposent des différences essentielles de nature intime, entre la fièvre typhoïde proprement dite, et ce qu'ils nomment fièvre continue, fièvre gastrique, fièvre synoque. A plus forte raison ne veulent-ils pas admettre de fièvre typhoïde sans fièvre, sans élévation de température qui soit perceptible au thermomètre.

M. Noël Guéneau de Mussy n'est pas de ceux-là ; il reconnaît, comme dépendant d'une même cause, à côté des formes bien accusées et d'une évolution complète, d'autres formes bénignes, atténuées, abortives, qui sont les prétendues synoques, etc.

A l'occasion d'une discussion à l'Académie de médecine, nous avons eu déjà l'occasion de dire qu'à nos yeux ces atteintes légères d'une même contagion devaient certainement être acceptées, comme faits s'imposant, particulièrement quand elles se produisent dans le cours d'une épidémie sévissant avec énergie dans un village.

Nous avons cité des exemples qui montrent qu'en effet, alors, les

uns sont gravement atteints et offrent la fièvre typhoïde dans toutes ses phases avec son appareil symptomatique bien caractérisé ; tandis que d'autres sont très faiblement affectés, ou entrent en convalescence après peu de jours de maladie.

Le diagnostic est alors certain à cause des circonstances. Mais, dans les hôpitaux de villes, comment savoir si les formes frustes sont ou non dépendantes d'un germe typhoïde ?

Quelquefois la preuve est possible, même dans cette forme particulière, d'une bénignité apparente extrême que les Allemands ont nommée *typhus ambulatoire.*

Il s'agit de malades auxquels on ne trouve pas de fièvre, qui peuvent se lever, sortir, continuer à manger presque à leur ordinaire, qui n'éprouvent qu'un peu de malaise et chez lesquels cependant le principe dothiénentérique se traduit par des lésions intestinales aboutissant parfois à une perforation. La mort survient inattendue, et l'autopsie permet de s'assurer que ces individus, presque bien portants jusque-là en apparence, étaient au contraire, en réalité, depuis plusieurs semaines, en pleine évolution d'accidents locaux dothiénentériques.

M. Guéneau de Mussy rappelle à ce sujet que le nom seul est nouveau. Avant que les Allemands eussent inventé ce nom de *typhus ambulatoire*, Chomel avait décrit déjà sous le nom de *forme latente* ce même genre de fièvre typhoïde.—*Gazette des hôpitaux.*

De la gastroxie.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon, donne lecture d'un travail sur la *gastroxie.* Ce nom, tiré étymologiquement de *gaster*, estomac, et *oxus*, acide, a été adopté par Longuet pour désigner l'affection étudiée par Rossbach sous la dénomination de *gastro-xynsis.* Il s'agit d'une maladie nerveuse de l'estomac caractérisée par des crises gastriques douloureuses, avec vomissements acides, sans symptômes de dyspepsie dans l'intervalle des accès.

M. Lépine rapporte une observation de ce genre recueillie chez un malade qu'il observe depuis quatre ans. C'est un homme de 32 ans, de bonne constitution, sans antécédents héréditaires diathésiques, sobre, mais ayant abusé du café et du tabac, et qui fut pris, il y a trois ans environ, de symptômes légers de dyspepsie, bientôt accompagnés d'envies de vomir et d'un vomissement alimentaire. Le malade diminua son alimentation, mais les crampes et les nausées persistèrent ; puis apparurent des vomissements bilieux. La langue était chargée, la soif vive, l'anorexie complète ; il y avait de la constipation, de violentes douleurs à l'épigastre suivies de vomissements liquides ; pas de céphalalgie, mais une insomnie pénible. Les accidents durèrent deux jours, en dépit de l'opium et des boissons fraîches, puis cessèrent à la suite d'un vomitif et d'un purgatif salin. Toute dyspepsie avait disparu. Une nouvelle crise, non précédée de dyspepsie, se montra trois mois plus tard : les vomissements furent très répétés, la douleur épigastrique vive, l'accès dura trois jours. Des crises analogues, parfois précédées de quelques jours d'état dyspeptique, se sont reproduites depuis lors, tous les trois mois environ. Toujours l'acidité des matières vomies, et surtout de certaines portions d'entre elles, a été très prononcée et remarquée par le malade. Les urines ont renfermé, pendant une des crises, un abondant sédiment uratique. Le traitement par l'eau tiède

ingérée en abondance, qui a réussi entre les mains de Rossbach, n'a pas donné les mêmes résultats chez le professeur Lépine. Les injections de morphine additionnée d'un dixième de sulfate d'atropine ont procuré un soulagement marqué pendant les crises; une hygiène sévère et l'usage des eaux alcalines ont, en outre, réussi à éloigner le retour des accidents, qui sont du reste aujourd'hui beaucoup moins intenses.

Il ne s'agit pas, en pareil cas, d'une simple dyspepsie, puisque d'après Rossbach l'intégrité des fonctions gastriques est précisément le caractère fondamental de la gastroxie. Cependant le malade de M. Lépine a présenté, à certains moments, des troubles dyspeptiques plus ou moins accentués. Les crises de gastroxie rappellent les crises gastriques de l'ataxie locomotrice, mais s'en distinguent pourtant par l'intensité moindre des douleurs et par l'acidité excessive des vomissements, dans lesquels on a trouvé plus d'un centième d'acide chlorhydrique. La gastroxie, d'ailleurs, est une simple névrose que Longuet assimile même à la migraine. Mais si la marche des accidents est, comme pour cette dernière, nettement paroxystique, du moins la céphalalgie fait défaut; et d'autre part, dans certains cas de migraine avec céphalalgie très atténuée, l'état général de prostration domine et les symptômes gastriques sont absents, ce qui n'est pas observé chez les gastroxiques. Les symptômes gastriques et les vomissements, loin d'être chez eux accessoires, sont au contraire prédominants. Peut-être, d'ailleurs, existe-t-il des cas mixtes établissant une transition entre les deux états morbides. —*Praticien.*

Cas singulier de monoplégie brachiale.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. Troisier a reçu dans son service, il y a bientôt trois mois, un malade atteint de monoplégie brachiale du côté droit survenue six jours après une chute sur l'épaule. Il s'agit d'un cocher de fiacre, petit, peu vigoureux, qui fut précipité de son siège et tomba du côté droit; l'épaule aurait porté à terre la première par sa partie postérieure. Il put se relever et continuer son travail pendant cinq heures, se servant, il est vrai, de la main gauche pour conduire. Immédiatement après l'accident, il avait éprouvé dans l'épaule droite une douleur assez vive qui persista pendant quelques heures; les mouvements du bras étaient gênés, mais non abolis. Le lendemain, il obtint du médecin de la Compagnie quelques jours de repos.

Six jours après sa chute, le cocher s'aperçut au réveil qu'il était complètement paralysé du bras droit. Huit jours encore plus tard il entra à l'hôpital Tenon. M. Troisier s'assura tout d'abord qu'il n'y avait ni fracture ni luxation; il ne vit même sur l'épaule aucune trace de contusion. Le membre supérieur droit était complètement paralysé; le bras était inerte et retombait avec flaccidité lorsqu'on le soulevait; les mouvements de l'avant-bras et de la main étaient également abolis, les doigts seuls pouvaient exécuter un faible mouvement de flexion. La sensibilité était abolie dans presque toute l'étendue du membre paralysé, à l'exception des doigts et de la face palmaire de la main. Sur la face dorsale de la main, à l'avant-bras, au bras, à l'épaule, le simple contact, la piqûre, le pincement de la peau, l'application d'un corps froid ou chaud, le courant électrique n'étaient perçus à aucun degré; cette anesthésie dépassait même le moignon de l'épaule sur le cou et sur la poitrine. Le malade n'éprouvait dans son membre ni douleur,

ni engourdissement; seule, la pression faite avec le doigt sur le plexus brachial, au-dessus de la clavicule, était un peu douloureuse, ce qui n'existait point du côté opposé. Il n'y avait ni hémiplégie faciale, ni paralysie du membre inférieur.

Depuis lors la situation s'est peu modifiée. Le membre paralysé reste flasque et inerte le long du corps; les mouvements du bras et de la main sont impossibles; seuls les mouvements des doigts, qui n'ont jamais été tout à fait abolis, sont devenus plus étendus; le malade peut tenir un objet, mais il ne peut faire mouvoir l'aiguille du dynamomètre. L'anesthésie est restée ce qu'elle était au début. Il n'y a pas de contracture.

Quelle est la nature de cette monoplégie brachiale? M. Troisier avait d'abord pensé à une paralysie traumatique par contusion du plexus. Des cas de ce genre ont été signalés. On trouve dans Duchenne, de Boulogne, deux observations de paralysie causée par une chute sur l'épaule. Un mémoire de M. Erb (Heidelberg, 1874) contient deux cas où cette paralysie est d'origine traumatique. On sait que la paralysie dans le plexus brachial, traumatique ou spontanée, sur laquelle M. Erb a attiré l'attention, porte sur un groupe de muscles et systématiquement sur les mêmes muscles: deltoïde, biceps, coraco-brachial, presque toujours le long supinateur, plus rarement le court supinateur et les muscles animés par le médian. Il y a là, non point une paralysie limitée à tel ou tel nerf du bras, puisque les muscles atteints sont innervés par des nerfs différents, mais une paralysie dissociée qui pour l'auteur serait déterminée par la lésion de certaines racines du plexus.

La paralysie est-elle d'origine périphérique? L'hypothèse d'une contusion du plexus brachial ne doit pas être écartée par ce seul fait que la paralysie s'est montrée six jours après l'accident; on sait, en effet, que la perte des mouvements volontaires ne suit pas toujours immédiatement la contusion des nerfs mixtes, et, lorsqu'elle se produit tardivement elle est peut être la conséquence d'une périnévrite secondaire. C'est ainsi que la paralysie radiale se montre quelquefois plusieurs jours après la compression du nerf.

De l'exploration électrique des muscles paralysés, pratiquée par MM. Joffroy, Vulpian et Déjerine, il résulte que ni les nerfs, ni les muscles ne sont altérés dans leur structure, comme cela s'observe d'habitude dans les paralysies d'origine traumatique un peu anciennes; d'ailleurs, il n'y a point d'atrophie musculaire appréciable. On se trouve donc en présence d'une paralysie qui n'offre aucun des caractères propres aux paralysies graves d'origine périphérique, diminution de la contractilité farado-musculaire, réaction de dégénérescence, atrophie musculaire, et malgré les commémoratifs, il est bien difficile de la rattacher à une contusion du plexus brachial. Une autre difficulté se présente: comment expliquer, si le plexus brachial a été atteint dans sa totalité, que les doigts et la paume de la main aient conservé leur sensibilité?

Pour expliquer cette monoplégie brachiale, faut-il admettre une lésion de la circonvolution frontale ascendante? Mais le malade n'offre aucun signe d'affection cardiaque S'agirait-il d'une paralysie névropathique plus ou moins comparable aux paralysies hystériques?

M. Joffroy ne croit ni à une commotion du plexus brachial ou de ses origines spinales, ni à une névrite de ce même plexus, ni à une

monoplégie d'origine cérébrale. De l'examen du malade et de la comparaison avec les faits connus analogues, M. Joffroy croit pouvoir conclure, non à ce que l'on a appelé une paralysie traumatique, mais à une paralysie hystérique déterminée par le traumatisme. En effet, la mère du malade avait des pertes de connaissance lorsqu'elle était contrariée, une de ses sœurs a des attaques d'hystérie ; lui-même, bien qu'il n'ait pas d'attaques, ni de points hystérogènes, présente une anesthésie marquée du pharynx. Il faudrait compléter l'examen par l'exploration du champ visuel, de la perception des couleurs, du sens musculaire, etc.

M. Rendu ne peut admettre l'éclosion d'une des manifestations les plus rares de l'hystérie chez un homme de cet âge, dépourvu de tout antécédent net de nervosisme. Il est certain que le plus souvent la névrite traumatique s'accompagne de la suppression de la contractilité faradique et d'un certain degré d'atrophie musculaire ; mais il reste bien des inconnues dans l'histoire de la commotion des nerfs. Les élongations du sciatique, par exemple, ne sont pas nécessairement suivies de troubles moteurs ou d'atrophie des muscles. M. Rendu croit que, dans le fait de M. Troisier, il s'agit d'une paralysie traumatique des nerfs périphériques, malgré les anomalies manifestes.

M. Féréol a observé, il y a quatre ans, à l'hôpital Beaujon, un cas analogue. Il s'agissait d'un homme de vingt ans, qui avait une monoplégie brachiale droite, avec anesthésie et attaques épileptiformes. M. Féréol diagnostiqua une tumeur cérébrale, sans doute un tubercule. Il apprit alors que la monoplégie était survenue peu de temps après une contusion de l'épaule par un sac de farine. De nouveaux accidents apparurent : polyurie avec hypoazoturie ; troubles trophiques à forme hémiplégique droite, furoncles, anthrax ; attaques épileptiformes plus fréquentes, hébétude, coma menaçant. Mais bientôt tout disparut, et au bout de dix huit mois, la guérison était si complète que le malade fit son service militaire. Le diagnostic de tubercule du cerveau demeure l'hypothèse la plus probable ; ces rémissions de longues durées, simulant la guérison ne sont pas absolument rares. Mais le rôle de la contusion dans le dévloppement de la paralysie reste très obscur.

M. Féréol a depuis lors observé, à la Charité, chez une jeune blanchisseuse, une monoplégie brachiale consécutive à une contusion, mais c'était une hystérique manifeste qui guérit rapidement.—*Praticien.*

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse.—On sait que les furoncles peuvent se présenter sous deux formes différentes. Ou bien ils se présentent à l'état isolé, ou bien ils se multiplient quelquefois pour ainsi dire à l'infini. Dans ce dernier cas ils procèdent par éruptions qui se succèdent, qui se multiplient au point que le malade semble ne pouvoir jamais en être débarrassé. C'est à cette dernière forme que Hébra a donné le nom de *furonculose.*

Connaissant particulièrement la question pour en avoir été lui-même victime et pour l'avoir étudiée spécialement, M. Gingeot, médecin des hôpitaux, a recherché quel était le meilleur traitement à opposer à cette affection. A cette occasion il a publié, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, un curieux travail auquel nous empruntons les détails qui suivent.

Pendant longtemps on traitait les furoncles d'une façon absolument

empirique. Mais aujourd'hui, grâce aux progrès de la pathogénie, grâce aux connaissances plus exactes que l'on possède sur les causes de la furonculose, il est permis de lui opposer un traitement rationnel et scientifique. Il est bien certain que pour bien traiter une maladie, il faut la connaître. Avant que l'on connût la nature parasitaire de la gale, est-ce qu'on ne lui opposait pas des médications irrationnelles? Est-ce qu'on ne cherchait pas à modifier la constitution de l'individu atteint? Et cela sans obtenir de résultat. Eh bien, il en est de même du furoncle. Combien de médications irrationelles, quelquefois déprimantes, n'ont pas été données contre le furoncle? Aussi devons-nous dire quelques mots de pathogénie pour bien faire voir l'importance du traitement approprié, pour bien faire comprendre quel est le meilleur traitement à employer.

Evidemment tous les traitements de l'affection furonculeuse, si empiriques qu'ils nous paraissent aujourd'hui, étaient toujours basés sur l'idée que l'on se faisait de l'étiologie de cette affection. Pour la plupart des auteurs l'éruption furonculeuse était considérée comme l'indice, comme la manifestation locale d'un état morbide général. Les uns accusaient une cause interne sans la connaître; d'autres incriminaient certaines diathèses, comme le diabète, la goutte, l'uricémie, l'alcoolisme, ou bien encore une alimentation soit trop succulente, soit trop restreinte. On a encore accusé la misère physiologique, le lymphatisme, la dyspepsie chronique. On a même été jusqu'à mettre l'affection furonculeuse sur le compte des santés robustes, sur la trop grande richesse du sang, pour employer l'expression vulgaire.

Il serait trop long d'énumérer toutes les idées qui ont eu cours sur l'étiologie des furoncles. Citons cependant celle-ci qui nous paraît fort curieuse, quoiqu'elle ne diffère pas beaucoup des précédentes. Le furoncle, d'après certains auteurs, serait le résultat d'une infection de l'économie; on pourrait le comparer aux pustules varioliques; ce serait un émonctoire qui servirait à l'élimination du poison, et par conséquent pourrait être considéré comme une crise, et même une crise éminemment favorable. On donnait comme preuves de cette opinion les éruptions furonculeuses qui succèdent aux fièvres éruptives, à la fièvre typhoïde, voire la pneumonie. Aussi s'explique-t-on pourquoi les médecins respectaient les poussées furonculeuses et craignaient de les voir disparaître trop vite, pensant qu'une maladie pouvait éclater brusquement après la suppression trop rapide des clous.

Outre les furoncles de cause interne, la plupart des auteurs signalent aussi des furoncles reconnaissant des causes externes, comme la malpropreté, les poussières, la phthiriase, le frottement d'un col raide, le frottement de la selle, les irritations de toutes natures, pommades, onguents, emplâtres, vésicatoires.

Telles sont pour la plupart les causes qui ont été invoquées dans la production, soit des furoncles, soit de l'anthrax (l'anthrax n'étant en somme qu'un furoncle amplifié). Que devons-nous penser de tout cela? Devons-nous croire que le furoncle résulte directement soit du diabète, ou de la goutte, ou du lymphatisme, etc., soit des irritations externes? Nous ne le pensons pas; mais nous sommes persuadé cependant que ce sont tout autant de causes adjuvantes, occasionnelles, qui favorisent le développement des micro-organismes qui sont reconnus aujourd'hui comme la véritable cause du furoncle.

On a dit que l'affection furonculeuse est endémique; il aurait été préférable d'avancer qu'elle est contagieuse, et contagieuse au sens propre du mot. Cette affection est en somme inoculable. Les preuves ne manquent pas. Qui n'a vu en effet des éruptions furonculeuses se promener pour ainsi dire sur tout le corps des malades et être entretenues par l'application des cataplasmes. Ceux-ci jouaient dans ce cas le rôle de véritables agents de l'inoculation, en transportant le pus de certains furoncles sur d'autres points du corps. Les malades eux-mêmes peuvent être cause de ce transport, en se grattant par exemple. Bien plus, on a vu la transmission de la furonculose d'individu à individu, à la suite du contact intime, de la cohabitation dans le même lit. Ne peut-on pas ainsi invoquer comme une preuve irréfutable de la contagion l'apparition de furoncles sur les mains des chirurgiens ou des personnes qui ont pansé des malades porteurs de clous, soit au niveau de quelque érosion épidermique, soit à la suite d'une piqûre faite par une lancette mal nettoyée et qui a servi à ouvrir une tumeur furonculeuse ?

Les faits de ce genre sont nombreux, il n'est pas de médecins qui n'en connaissent; aussi croyons-nous inutile d'en citer. D'ailleurs des expériences d'inoculation ont été faites, qui ont donné raison à la théorie de la contagion.

La contagion étant évidente, il était facile de prévoir la découverte de l'agent spécial de la contagion. Bien avant Pasteur, Hueter, en Allemagne, et Startin, en Angleterre, attribuaient le furoncle à l'action d'un schyzomycète. Plus tard, Pasteur parvint à découvrir un parasite qu'il appela *torula pyogenica*, appartenant au règne végétal. Pourtant, on n'est pas encore bien fixé sur la nature du parasite qui cause le furoncle. Quel qu'il soit, il nous suffit de savoir qu'il y a un micro-organisme, un parasite, qui est la cause du furoncle, et c'est sur cette idée, qui nous paraît très vraisemblable, sinon complètement prouvée, que M. Gingeot, avec d'autres auteurs, parmi lesquels nous citerons particulièrement Lœwenberg, base sa méthode de traitement. Il est évident que, s'il y a un parasite, il faut chercher à le détruire; c'est donc aux médicaments parasiticides qu'il faudra s'adresser.

Mais, avant d'entamer la partie thérapeutique, faisons remarquer que le parasite, qu'il soit tel ou tel (cela nous importe peu), n'est pas tout dans l'étiologie du furoncle et de l'anthrax. Il est certainement nécessaire, et sans lui le furoncle ne pourrait se développer; mais, pour que ce développement se fasse, en un mot pour que le parasite puisse germer, il faut qu'il trouve un terrain approprié. Et, de même que la mucédinée du muguet ne peut se développer dans la bouche ou sur d'autres muqueuses que si les sécrétions sont acides, de même on comprendra la prédisposition au développement du parasite du furoncle créée par l'existence d'une maladie telle que le diabète, la diathèse urique ou quelqu'une des causes nombreuses, tant générales que locales, que nous avons signalées plus haut, et sur lesquelles il est inutile de revenir maintenant.

Quant au traitement, il relève, soit du médecin, soit du chirurgien. Mais le but que l'on doit chercher dans la thérapeutique du furoncle est évidemment de faire la part la plus minime possible au chirurgien. Il faudra chercher à faire avorter le furoncle afin d'éviter au malade les douleurs et les incisions. De plus, s'il semble devoir se produire

une éruption furonculeuse, dont on connaît la durée quelquefois désespérante, il faudra chercher à enrayer la marche de cette éruption, il faudra tâcher d'arrêter le cours de la furonculose. Que si cependant les moyens médicaux qui ont été mis en usage dans ce but ont échoué et si le furoncle arrive quand même à la suppuration, ou si, ce qui revient au même, on se trouve de prime abord en présence d'un furoncle arrivé à la période de suppuration, c'est aux moyens chirurgicaux qu'il faudra s'adresser, quitte cependant à chercher à éviter, par les moyens que nous allons décrire, le développement de nouveaux furoncles.—*Revue médicale.* (*A suivre*).

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Traitement chirurgical du varicocèle.—Différents procédés de traitement ont été proposés ou appliqués, se basant tous sur ce principe, que pour guérir le varicocèle, il faut supprimer la circulation dans les vaisseaux dilatés. Mais tous ces procédés n'étaient pas sans présenter des dangers très sérieux et toujours, lorsqu'on opérait un varicocèle, la vie était sérieusement compromise.

Les anciens attaquaient franchement les veines variqueuses, ils opéraient à ciel ouvert. C'est ainsi que faisaient Paul d'Egine, Celse, Ambroise Paré. Après avoir incisé le scrotum, ils isolaient le paquet variqueux afin de ménager le canal déférent et, aux deux extrémités de la plaie, ils liaient les veines et les sectionnaient entre les deux ligatures. Nous verrons que c'est le même procédé qu'on emploie aujourd'hui, mais en se mettant sous l'égide de la méthode antiseptique.

Rigaud, de Nancy, a institué un autre procédé, qui consiste dans l'isolement du paquet variqueux, préalablement mis à nu. L'isolement du paquet variqueux était établi par un large ruban ; puis on pansait avec de la charpie et la suppuration, qui s'emparait des veines, les détruisait.

Par la méthode sous-cutanée, préconisée par Ricord, on cherchait à éviter la suppuration. Au moyen d'une aiguille, on introduisait un fil derrière les veines et, après l'avoir ramené en avant, on serrait la ligature. Vidal de Cassis pratiquait l'enroulement des veines variqueuses sur deux fils d'argent dont il serrait les extrémités.

Signalons encore la compression pratiquée au moyen de deux pinces placées sur le varicocèle à deux ou trois centimètres l'une de l'autre et serrant jusqu'au sphacèle ; la cautérisation, au moyen d'une pince dont les mors ont été portés au rouge, ou dont les mors fenêtrés ont été garnis de pâte de Vienne ou de chlorure de zinc ; l'acupuncture, les injections coagulantes, etc.

On voit que les procédés sont variés et nombreux ; mais ils ne sont pas sans présenter des dangers sérieux et sans exposer les malades aux complications les plus redoutables. Nous ne voulons même pas faire entrer en ligne de compte, dans les causes de mort, après l'opération du varicocèle, la septicémie et l'infection purulente, qui sont pourtant assez importantes pour mériter une sérieuse attention, mais nous ferons simplement remarquer que tout opéré de varicocèle, si le chirurgien n'a pas pris toutes les précautions nécessaires, indispensables aujour-

d'hui, est exposé à la *mort subite*. On comprend, à cause des insuccès, à cause des cas de mort qui suivaient l'opération du varicocèle par les procédés que nous avons signalés plus haut, on comprend que jusqu'en ces derniers temps les chirurgiens aient gardé une prudence extrême. Mais aujourd'hui des résultats favorables ont été obtenus par M. Nicaise et par M. Terrier et doivent engager les chirurgiens à se départir de cette extrême prudence qui les condamnait à l'inaction. Cependant ils devront, bien entendu, opérer seulement les varicocèles qui, par les douleurs qu'ils causent aux malades, sont devenus intolérables.

Nous devons signaler aussi deux succès obtenus par M. le professeur Guyon à l'aide d'un procédé que nous allons décrire avant celui que préconisent MM. Richelot et Nicaise, ce qui permettra aux lecteurs de comparer les deux et de les juger comme ils l'entendront.

Le procédé employé par M. Guyon est la combinaison de deux méthodes qui ont donné isolément de bons résultats, nous voulons dire la ligature des veines et la résection d'une partie du scrotum. Une fois le malade endormi, on trace sur la partie antérieure des bourses une incision elliptique à grand diamètre transversal, de façon que la partie moyenne se trouve à 1 centimètre environ au-dessus de l'extrémité supérieure du testicule. Il va sans dire que les bourses ont été préalablement rasées, savonnées et lavées avec une solution phéniquée au vingtième. Les dimensions du lambeau cutané devront être en rapport avec les dimensions du varicocèle et avec la distension du scrotum qui ne pourrait plus se rétracter s'il avait été trop distendu. On comprend le but de cette excision de peau et nous n'avons pas besoin de dire qu'on cherche, par ce moyen, à diminuer la longueur du scrotum du côté malade et à diminuer d'autant les causes d'élongation des veines par le poids du testicule qui se trouvera maintenu lorsque les bords de l'incision seront réunis.

Après avoir dessiné le lambeau, on le dissèque rapidement, et on l'enlève. On se trouve alors en présence de la tunique fibreuse commune qui double extérieurement la vaginale, immédiatement au-dessus du testicule. Il ne reste plus qu'à pratiquer la ligature du plexus veineux antérieur, que M. Guyon lie seulement.

Il n'est pas besoin d'ouvrir la vaginale ; il suffit de passer derrière le plexus veineux une aiguille courbe ou une sonde cannelée, en ayant soin de faire maintenir en arrière le canal déférent par un aide. Puis, au moyen de deux fils de catgut, on place aux deux extrémités de la plaie et le plus éloignées possible, deux ligatures bien serrées. On voit que ce procédé est d'une simplicité remarquable, on ne fait pas à la vaginale une large ouverture (on ne pratique que de très petits orifices permettant le passage des fils) ; d'ailleurs, l'ouverture de la vaginale ne constituerait pas une complication bien dangereuse, grâce à la méthode antiseptique ; de plus, on n'a pas besoin de dénuder le paquet variqueux, ce qui constitue toujours une difficulté assez grande, car on rencontre différentes couches celluleuses avant d'arriver sur le paquet vasculaire. Une fois la ligature faite, il n'y a plus qu'à affronter les deux bords de l'incision et à suturer. On pourra suturer complètement, ou bien, si l'on craint que le catgut employé pour la ligature des veines ne se résorbe pas complètement et qu'il se forme un abcès, on pourra laisser, pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, un petit drain dans l'un des angles de la plaie.

Tel est le procédé de M. Guyon, dont les suites seraient des plus simples et dont les résultats thérapeutiques seraient excellents. D'ailleurs, dans le petit mémoire publié par M. Hache dans les *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, deux observations sont relatées qui prouvent que les malades ont parfaitement guéri.

Le procédé conseillé par M. Richelot consiste dans la *section des veines entre deux ligatures*. On pratique sur le scrotum, le long du cordon, une incision de cinq centimètres. De cette façon on se trouve en présence du paquet des veines variqueuses, qu'on peut facilement isoler sur une étendue de deux centimètres, du canal déférent et de l'artère spermatique. On exprime alors le sang de haut en bas, puis on passe un fil de soie phéniquée à la partie inférieure de la plaie et on le serre ; on pose ensuite la ligature supérieure et on sectionne le paquet veineux entre les deux ligatures. On pourrait tout aussi bien réséquer la partie du paquet veineux intermédiaire aux deux ligatures. On réunit ensuite les bords de la plaie et on panse avec toutes les précautions que commande la méthode antiseptique. Il va sans dire qu'avant et pendant l'opération, il faudra s'astreindre aussi à toutes ces précautions.

Faut-il dans cette opération chercher à isoler l'artère spermatique, afin d'assurer la nutrition du testicule et d'éviter son atrophie? M. Nicaise recommande d'isoler l'artère spermatique, tandis que M. Richelot croit qu'il est inutile de l'isoler ou que tout au moins, quand sa recherche est trop difficile, il n'est pas nécessaire de s'attarder à la rechercher. Ce qui le fait penser ainsi, c'est que, dans le cas qu'il a opéré et dans trois cas de M. Terrier, l'isolement de l'artère spermatique n'avait pu être fait et que par conséquent elle avait été liée en même temps que les veines ; néanmoins, les malades ont guéri sans présenter d'atrophie testiculaire. Il est probable qu'alors les artères déférentielle et funiculaire suffisent à suppléer la spermatique et à assurer la nutrition du testicule.

Nous pensons que l'on pourra maintenant, en prenant les précautions les plus grandes, guérir le varicocèle sans complications par l'un ou l'autre des procédés que nous venons de décrire. Quel est le meilleur des deux ? c'est une question à laquelle on ne peut encore répondre, et que l'expérience seule pourra élucider.—*Revue médicale.*

L'érysipèle et la méthode antiseptique.—A l'avant dernière séance de l'Académie de Médecine de Paris, M. le professeur VERNEUIL a fait, sur ce sujet, une très intéressante communication tendant à résoudre cette question : peut-on éteindre complètement l'érysipèle qui, aujourd'hui, ne se montre plus à l'hôpital qu'à l'état sporadique ?—Après un parallèle entre les statistiques antérieures et les moyens employés pour conjurer cette affection, M. Verneuil déclare que le jour où il chercha à combattre l'endémo-épidémie érysipélateuse qui régnait dans ses salles, il fit pratiquer tout ce qui avait paru nuisible à son prédécesseur M. Gosselin, se bornant à appliquer les principes de la doctrine septicémique, la prophylaxie et les pansements antiseptiques compris. Les résultats dépassèrent ses espérances. Aujourd'hui les cas d'érysipèle sont exceptionnels, mais l'antisepsie ne suffit pas. Il est nécessaire d'y adjoindre l'isolement. L'érysipèle des hôpitaux a deux origines ; l'une se produisant en hehors, l'autre se montrant dans le service, à la suite

d'une cause parfois difficile à déterminer. Pour faire supprimer entièrement cette maladie, il faudrait faire disparaître en même temps les deux foyers, ce qui est difficile. L'érysipèle étant une maladie parasitaire et son germe n'existant pas partout, peut-être y arriverait-on en mettant en pratique les règles suivantes :

" 1° Les médecins de la ville s'efforceront, autant qu'il est en leur pouvoir, de soigner à domicile les érysipélateux de leur clientèle, et prendront vis-à-vis d'eux les mesures capables d'empêcher la contagion et le développement des petites épidémies locales.

" 2° Si les malades sont forcés d'entrer à l'hôpital, où je n'admets pas qu'on puisse les refuser, ils seront isolés aussitôt dans des salles spéciales pour ne point infecter les salles communes, faire naître les petites épidémies et reproduire l'endémie.

" 3° Si l'isolement n'est pas réalisable faute de salles spéciales, ce qui est encore le cas pour la presque totalité de nos hôpitaux, on s'efforcera au moins de créer autour du malade une sorte de cordon sanitaire comme le voulait M. Gosselin, en éloignant de lui autant que possible les autres blessés, en le plaçant dans les derniers lits de la salle, etc.

" 4° On traitera enfin l'érysipélateux du dehors par tous les moyens capables d'abréger le mal, de détruire les germes du contage, ou d'empêcher au moins leur dispersion. Les pansements antiseptiques sont ici plus indiqués que jamais ; on aura recours en particulier a la pulvérisation phéniquée prolongée, qui a le double avantage d'agir topiquement sur l'érysipèle et de créer entre l'érysipélateux et ses voisins une sorte d'atmosphère aseptique.

" 5° Contre l'érysipèle intérieur, les précautions ne seront ni moins nombreuses, ni moins efficaces. On évitera d'abord tous les manœuvres exercées sur les plaies et qui font si souvent naître l'érysipèle ou la lymphangite par auto-inoculation. On emploiera l'antisepsie sous toutes ses formes et avec tous ses procédés dans les cas de blessures et de plaies, et surtout dans les opérations cavitaires.

" 6° Si, malgré tout, un cas se développe dans l'intérieur, on le placera, si c'est possible, dans une chambre d'isolement, sinon on lui appliquera l'isolement relatif indiqué plus haut, et on instituera de suite le traitement par la pulvérisation phéniquée, sans préjudice des médications internes indiquées: éméto-cathartique, boisson acidulées, alcoolature d'aconit, etc.

" 7° Toutes les précautions antiseptiques et les applications externes de même nature seront continuées longtemps après la disparition de l'exanthème, la contagiosité de celui-ci se prolongeant pendant toute la période de desquamation. "

M. Verneuil pense que ces mesures, si simples et si faciles, pourraient diminuer le nombre des érysipèles aussi bien en ville qu'à l'hôpital. En combattant l'érysipèle dans les services hospitaliers, on arrivera à le diminuer à l'extérieur.

Il est résulté de la discussion qui a suivi cette communication, que MM. Gosselin, Panas, Le Fort et Trélat, qui y ont pris part, ont tous partagé l'opinion de M. Verneuil.—*Scalpel.*

M. Terrillon recommande les incisions exploratrices dans le cas de tumeurs de l'abdomen.

Procédés d'ablation de l'astragale.—*Congrès français de chirurgie.* —M. Reverdin (de Genève) fait une communication sur un procédé d'extirpation de l'astragale et résection tibio-tarsienne. Voici les conclusions de ce travail :

Conclusions.—On peut diviser les procédés de résection tibio-tarsienne en procédés à incisions jambières et procédés à incisions tarsiennes.

Tandis que les procédés à incisions jambières répondent aux indications ordinaires des résections traumatiques primitives ou consécutives, les procédés à incisions tarsiennes sont en général préférables pour les résections pathologiques : ils permettent plus facilement que les premiers d'examiner directement la nature et l'étendue des lésions articulaires, et de les poursuivre partout où elles se sont développées.

A l'occasion d'un cas d'ankylose tibio-tarsienne incomplète avec équinisme, j'ai imaginé un procédé à incision tarsienne postéro-externe; il m'a donné un excellent résultat et il peut s'appliquer, avec quelques modifications, soit à la résection tibio-tarsienne, soit à l'extirpation de l'astragale.

Dans le premier cas (résection tibio-tarsienne), le tendon d'Achille et les tendons des péroniers latéraux sont sectionnés; dans le second cas (extirpation de l'astragale), le tendon d'Achille peut être respecté.

Lorsque, l'astragale enlevé, on s'apercevrait que les malléoles sont atteintes, il serait toujours facile de compléter l'incision en arrière pour avoir plus de jour et pour les réséquer sans difficultés.

On pourrait de même transformer la résection entreprise en une amputation tibio-tarsienne à lambeau plantaire interne, si celle-ci était reconnue nécessaire au cours de l'opération.

Mon procédé a l'avantage de ménager les vaisseaux et les nerfs du pied, de donner beaucoup de jour pour l'examen de la jointure et d'être d'une exécution facile et rapide.—*Gazette des hôpitaux.*

Trépanation du crâne.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Jules Bœckel (de Strasbourg) fait une communication sur la trépanation préventive du crâne. Il rappelle les titres de Sédillot à ce sujet, comment cette opération a été si longtemps méconnue et mal jugée, combien nombreuses sont devenues les indications, surtout depuis la méthode antiseptique, de quelle façon la doctrine de Sédillot est aujourd'hui répandue en Allemagne, etc.

M. Bœckel a fait lui-même neuf trépanations et a eu neuf succès; il en a fait cinq secondaires et a eu deux succès et trois morts. Tous ses opérés jouissent de leurs facultés intellectuelles.

M. Mollière (de Lyon) fait une communication ayant pour but de démontrer qu'on ne saurait se baser sur les localisations cérébrales pour appliquer la trépanation tardive. Il cite, comme exemple, l'observation d'un homme de vingt-quatre ans, ayant reçu un coup de canne plombée sur la région fronto-pariétale gauche. Il eut ensuite de l'aphasie et de l'hémiplégie droite. Il n'y avait pas de fracture du crâne. Une trépanation, faite au niveau du point où il sentait une légère dépression, fit arriver sur un foyer hémorrhagique. Les accidents n'en furent pas amendés. Une aspiration faite avec la seringue resta également sans résultat. Le malade succomba. A l'autopsie, on trouva un immense foyer hémorrhagique; on ne trouva aucune lésion

pouvant expliquer l'aphasie. Si l'on s'était guidé sur les localisations cérébrales, dans ce cas on aurait appliqué le trépan dans un point où il n'y avait pas d'hémorrhagie.

M. Mollière cite plusieurs observations analogues sur lesquelles il s'appuie pour formuler les conclusions suivantes :

1° La trépanation doit être pratiquée de bonne heure, le plus tôt possible.

Quand elle est faite tardivement, on trouve toujours un certain degré d'hyperostose qui rend l'opération très longue et très difficile. D'ailleurs, au point de vue des résultats comme au point de vue du danger, les trépanations immédiates sont de beaucoup préférables aux trépanations tardives.

Toutefois la trépanation tardive ne saurait être refusée aux malades atteints d'épilepsie partielle d'origine traumatique ou de folie dite traumatique.

Enfin il serait imprudent de se baser uniquement sur les localisations cérébrales pour décider du siège de la trépanation.

M. Demons (de Bordeaux) communique contradictoirement un travail sur les indications fournies par les localisations cérébrales au point de vue de la trépanation.

Un mécanicien âgé de trente-neuf ans, ayant fait une chute au fond d'un puits, est pris de phénomènes cérébraux de paralysie incomplète du membre supérieur gauche et du membre inférieur droit. Il semblait guéri, quand, deux ans plus tard, il fut pris d'épilepsie partielle et d'hémiplégie gauche. M. Demons appliqua une couronne de trépan en se guidant uniquement sur les localisations cérébrales. Il tomba mathématiquement sur le point malade. Le malade a très bien guéri et est resté guéri depuis vingt-trois mois.

M. Demons cite plusieurs exemples analogues à l'appui de l'utilité des localisations cérébrales au point de vue de la trépanation.

Beaucoup de chirurgiens échouent, dit M. Demons, parce qu'ils n'ouvrent pas la dure-mère. L'aphasie, les paralysies, l'épilepsie partielle, tels sont les phénomènes cérébraux qui indiquent la trépanation. La doctrine des localisations cérébrales est un guide sûr pour les indications de la trépanation. Il n'est besoin d'aucune trace extérieure; s'il en existe, il ne faut pas en tenir compte. Il faut inciser la dure-mère, et si l'on ne trouve rien, ne pas craindre de pousser plus avant dans l'écorce cérébrale ses investigations.

M. Cauvy (de Béziers) a fait, en 1868, une thèse sur la trépanation du crâne, portant pour épigraphe que cette trépanation était une bonne opération, trop méconnue des chirurgiens, et méritant de tenir une place honorable dans la pratique chirurgicale. Il retrace l'histoire de la trépanation depuis cette époque, rappelle les travaux de Larrey, Sédillot, Broca, Proust, Terrillon, Lucas-Championnière, etc., insiste beaucoup sur l'utilité des localisations cérébrales et sur l'innocuité de cette opération, surtout depuis la méthode antiseptique. — *Gazette des hôpitaux.*

Des indications que l'examen des urines fournit a la pratique chirurgicale.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Verneuil fait une communication ayant pour titre : *Des urines à dépôt rose comme indice d'une affection hépatique.*

Il cite quatre observations dans lesquelles la présence de ce dépôt rose dans les urines l'a mis sur la voie du diagnostic d'affections hépatiques graves qui, dans plusieurs cas, ont pu être constatées à l'autopsie. En voici un exemple: un mécanicien, âgé de cinquante-six ans, petit, robuste, ayant toujours joui d'une belle santé, entre à la Pitié en janvier 1884, pour un épithélioma limité du plancher de la bouche. Ablation par le thermo-cautère.

Neuf mois après, récidive; tout le plancher de la bouche est pris. Nouvelle ablation, résection du maxillaire, ligature de la faciale, forcipressure, etc. Le troisième jour, première hémorrhagie suivie de plusieurs autres ; les urines sont comme de la boue et contiennent une énorme quantité de ce dépôt. La réunion de la plaie se défait, gangrène de tout le foyer, hémorrhagies répétées, broncho-pneumonie, mort. L'autopsie montre qu'il s'agissait d'une broncho-pneumonie gangreneuse. Le foie présentait cet état particulier de cirrhose et de stéatose sur lequel il a déjà appelé l'attention.

M. Thiriard (de Bruxelles) fait une communication sur les indications fournies par l'examen des urines dans les cas de tumeurs abdominales, au point de vue du diagnostic différentiel des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Après avoir rappelé les recherches de M. Rommelaere sur ce sujet, M. Thiriard fait connaître les résultats de ses propres observations. C'est sur le dosage de l'urée qu'est basé le moyen de diagnostic qu'il propose.

Voici les résultats auxquels il est arrivé: Dans les tumeurs de mauvaise nature, le chiffre de l'urée diminue et tombe à 12 grammes. Ces tumeurs ont donc une action spécifique sur la formation de l'urée. Cette analyse doit porter sur les urines émises dans les vingt-quatre heures. Il faut tenir compte de l'alimentation; c'est là un précieux moyen de diagnostic de la nature des tumeurs abdominales.

M. Thiriard cite plusieurs observations: Une malade atteinte de tumeur abdominale, ayant des antécédents cancéreux dans sa famille, est considérée par un médecin comme atteinte de cancer. M. Thiriard, appelé en consultation, examine les urines et trouve 21 grammes d'urée, diagnostique une tumeur fibreuse, la considère comme opérable.

Il pratique en effet la gastrotomie, et se convainc qu'il a bien affaire à une tumeur fibreuse, et la malade guérit.

Dans un autre cas douteux, on trouve 9 grammes 48 d'urée; l'incision exploratrice montre qu'il s'agit d'une tumeur cancéreuse. En résumé, dans les tumeurs abdominales de mauvaise nature, l'hypoazoturie est un précieux élément de diagnostic. M. Rommelaere avait démontré ce fait pour les tumeurs de l'estomac: Un malade d'apparence cachectique paraît atteint d'un cancer de l'estomac; l'analyse de l'urine indique une assez forte proportion d'urée; on diagnostique alors un ulcère simple de l'estomac. L'autopsie a permis de vérifier ce fait: une résection de cet ulcère aurait pu sauver ce malade. Dans un autre cas, c'est un cancer du pylore, diagnostiqué par l'hypoazoturie, et vérifié à l'autopsie.

Lorsqu'après l'opération, gastrotomie, ovariotomie, hystérotomie, etc., le chiffre des chlorures s'abaisse dans l'urine, c'est un signe d'inflammation en voie de préparation.

M. Redard fait une communication sur la glycosurie éphémère

dans les affections chirurgicales. Il cite un grand nombre d'exemples dont la plupart ont été recueillis dans le service de M. Verneuil.

M. Redard fait une communication sur la glycosurie passagère chez des malades atteints de fracture; dans des cas de plaies simples, alors surtout qu'il y avait des phénomènes inflammatoires, dans des affections inflammatoires de la peau, du tissu cellulaire, à la suite de phlegmons, en particulier de phlegmons diffus, dans des cas d'érysipèle, de lymphangite; dans la septicémie, dans les accouchements, etc. Ces glycosuries passagères doivent être rapprochées de celles qu'observent les médecins dans le cours de fièvres éruptives, rougeole, scarlatine, etc.

En résumé, la glycosurie passagère est extrêmement fréquente dans le cours de plusieurs affections chirurgicales. Il faut examiner les urines pendant tout le cours de la maladie.

La quantité de sucre est proportionnelle à la gravité des cas.

M. Verchères lit un travail ayant pour titre : *Contribution à l'étude de la phosphaturie dans les maladies osseuses.* La phosphaturie et la polyurie s'observent dans les cas de lésions traumatiques des os et des lésions spontanées ou inflammatoires.

Dans les cas de fractures, il y a un rapport constant entre la phosphaturie et le retard de la consolidation. Dans les cas de maladies osseuses spontanées ou inflammatoires, y a-t-il un rapport entre la phosphaturie et la lésion osseuse ? La phosphaturie est un symptôme d'un état général particulier.

M. Kirmisson a fait des recherches analogues à celles de M. Thiriard, sur le chiffre de l'urée dans les cas de cancer. On peut dire que le fait émis par MM. Rommelaere et Thiriard, à savoir que le chiffre de l'urée est inférieur à la normale dans les cas de cancer, est un fait généralement à part. Mais c'est bien loin d'être une loi absolue. M. Albert Robin dénie toute espèce de valeur à ce signe donné par Rommelaere. Il y a d'autres états que les cancers où l'on constate un abaissement du chiffre de l'urée.

Sur 24 malades atteints de cancers les plus divers, examinés par M. Kirmisson, aidé de MM. Béal et Dumoutier, pharmaciens, il y en eut 19 chez lesquels le chiffre de l'urée était inférieur à 12 grammes, et 5 chez lesquels le chiffre de l'urée était supérieur à 16, 17, 19 et 20 grammes. Il y a donc de nombreuses et importantes exceptions à la loi formulée par M. Rommelaere. Il n'y a donc pas là un élément certain de diagnostic ni d'indication opératoire. D'ailleurs, l'hypoazoturie n'a pas d'influence sur la gravité opératoire.—*Gaz. des hôpitaux.*

Traitement du lymphome.—Contre le lymphadénome ou lymphome du cou, M. Terrillon, après avoir constaté que les malades qui avaient été opérés et dont on avait enlevé la tumeur étaient morts en quelques semaines, par généralisation, enseigne que le traitement médical a donné des résultats merveilleux et conseille d'administrer l'arsenic à l'intérieur.

Il donne la liqueur de Fowler pure ou associée avec la teinture de Baumé, et recommande d'avoir recours aux fortes doses. Commencez, dit-il, par dix gouttes et arrivez bientôt, c'est-à-dire en une semaine, à 18 ou 20 gouttes avant le repas et faites reposer vos malades tous les quinze jours; de cette façon vous verrez certainement fondre ces tumeurs si inquiétantes, et dont l'ablation a toujours été suivie d'un fâcheux résultat.

Le professeur Verneuil préconise quelques gouttes par jour d'une huile phosphorée ainsi composée.

Huile d'amandes douces.....	30	parties
Phosphore	1	—

Les injections interstitielles de teinture d'iode ont été recommandées par Luton, de Reims. On a injecté aussi la liqueur de Fowler à la dose de cinq à dix gouttes ; on a eu quelquefois de la suppuration, mais souvent aussi la disparition. Cette liqueur, donnée à l'intérieur, réussit aussi très bien sans qu'on ait à craindre la suppuration.—*Abeille médicale.*

Cholécystotomie.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Jules Boeckel (de Strasbourg) fait une communication sur la cholécystotomie appliquée au traitement des calculs biliaires. Voici ses conclusions :

1. La cholécystotomie emprunte sa gravité à la présence ou à l'absence de fistule biliaire.

A. I. Dans le premier cas (existence d'une fistule ayant démontré ou fait soupçonner la présence d'un ou de plusieurs calculs), l'intervention opératoire s'impose.

II. Bien que la guérison s'obtienne quelquefois spontanément, il y a tout avantage à intervenir de bonne heure.

III. L'intervention hâtive assure et hâte la guérison en conjurant les accidents dus à l'écoulement incessant de la bile.

IV. L'opération est d'une simplicité et d'une bénignité remarquables, grâce aux adhérences qui unissent la vésicule à la paroi abdominale ; lors même qu'on est amené à ouvrir le péritoine, la cholécystotomie pratiquée dans ces conditions peut être considérée comme inoffensive, grâce à la méthode antiseptique.

B. I. Dans le deuxième cas (absence de fistule et d'adhérences), l'opération est infiniment plus grave ; ses indications sont plus délicates à saisir.

II. Avant tout, il faut établir le diagnostic causal de l'obstruction des voies biliaires et être certain de la présence de calculs, pour ne pas s'exposer à faire une opération d'une utilité douteuse.

III. Lorsque les commémoratifs, la marche de l'affection, l'examen attentif du malade, et surtout la *présence d'une tumeur biliaire*, lorsque la *ponction exploratrice* auront révélé la présence de calculs biliaires, la cholécystotomie faite en temps opportun me paraît indiquée.

IV. Le diagnostic bien établi, l'opération doit être faite de bonne heure, pour parer aux accidents graves, mortels mêmes, qui peuvent être la conséquence de l'abstention.

V. Dans toute autre circonstance, l'opération est trop grave par elle-même, ses résultats trop incertains, pour exposer les malades à en courir les risques sans grand profit.

VI. L'état actuel de nos connaissances ne permet pas d'établir si c'est à la cholécystotomie ou à la cholécystectomie qu'il faut avoir recours. A l'avenir appartient d'apporter des faits nouveaux et de résoudre le problème.

M. Thiriar (de Bruxelles) lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

L'extirpation de la vésicule du fiel, bien que proposée par Herlin et

Campaignac, n'avait pas encore été faite chez l'homme, lorsque Langenbuch (de Berlin), en 1882, la pratiqua pour un cas de lithiase biliaire. Depuis lors, les annales de la chirurgie en ont enregistré sept cas; cinq opérations ont été faites par Langenbuch, et deux me sont personnelles.

Cinq guérisons radicales ont été obtenues, et si Langenbuch a observé deux cas de mort après l'opération, ils sont survenus par suite d'accidents étrangers à celle-ci.

Cette nouvelle audace de la chirurgie moderne a rencontré jusqu'ici de nombreux adversaires qui lui ont opposé diverses objections, tant physiologiques qu'anatomo-pathologiques, pouvant se résumer dans les propositions suivantes:

1. Nécessité de l'existence d'une vésicule biliaire chez l'homme au point de vue de la digestion;
2. Les calculs peuvent se former ailleurs que dans la vésicule du fiel;
3. La cholécystectomie est une opération trop grave, trop dangereuse;
4. L'établissement d'une fistule biliaire, c'est-à-dire la cholécystotomie, doit lui être préférée.

Tout démontre que la vésicule du fiel n'est pas indispensable à la régularité des fonctions digestives de l'homme. Cet organe manque chez beaucoup de mammifères, et il n'est pas rare de le rencontrer complètement obturé et atrophié chez l'homme.

Si l'on doit admettre que ce n'est pas seulement dans la vésicule que les calculs peuvent se former, c'est là un fait excessivement rare en dehors de certains états pathologiques qui provoquent la formation des cholélithes dans les canaux et conduits biliaires. Or ces états pathologiques (cancer, obstruction des voies biliaires,) préexistants sont précisément une contre-indication formelle de la cholécystectomie.

Cette opération est évidemment délicate et difficile à pratiquer, mais étant donné le peu de gravité des lésions péritonéales produites, en observant les règles de la méthode antiseptique, j'estime que de toutes les laparotomies, c'est l'extirpation de la vésicule biliaire qui parait la moins grave, la moins dangereuse. C'est une opération qu'il est permis de pratiquer dans les cas de lithiase biliaire qui ont résisté au traitement médical et qui produisent de violentes crises.

Quant à la cholécystotomie proposée par Lawson Tait, si elle est plus facile à pratiquer que la cholécystectomie, elle a l'inconvénient de laisser à sa suite une fistule biliaire avec tous ses dangers, elle n'enlève pas l'organe producteur des calculs; ceux-ci peuvent se reformer.— *Gazette des hôpitaux.*

De la résection de la hanche dans la coxalgie. — *Congrès français de chirurgie.*—M. Eugène Bœckel (de Strasbourg) fait une communication sur la résection de la hanche dans la coxalgie, ses indications et ses résultats ultérieurs.

Il a pratiqué 33 résections de la hanche, 21 avant l'ouverture de abcès. Sur ce nombre, il a trouvé quatre fois la cavité cotyloïde perforée, huit fois la tête du fémur disparue. Dans toute coxalgie confirmée, la tête du fémur est donc vouée à la destruction. Vaut-il mieux laisser la nature accomplir cette destruction? Vaut-il mieux que ce soit le chirurgien?

Sur 32 opérations, M. Bœckel a obtenu 24 guérisons et 8 morts. Les causes de mort ont été la tuberculose méningée, la néphrite, la pneumonie, la péritonite suppurée, les abcès pelviens. En somme, la mort n'est pas attribuable à l'opération, mais à la maladie. Il a pratiqué la résection de la hanche, et, plus tard, la résection du genou chez le même malade, qui a très bien guéri.

Au point de vue de la rapidité de la guérison, la résection est bien supérieure à l'expectation. Il faut, pour obtenir la guérison, autant d'années avec l'expectation que de mois après la résection. Celle-ci est une bonne opération chez l'enfant, mais non chez l'adulte. Après quarante ans, mieux vaut la désarticulation de la cuisse.

M. Bœckel se résume dans les conclusions suivantes :

Conclusions.—1. Une coxalgie suppurée chez un jeune sujet ne guérit que lorsque la tête est luxée ou détruite.

2. L'opération de la résection n'est pas dangereuse par elle-même, mais par l'état général qui la motive ou la complique.

3. La tuberculisation pulmonaire ou méningée cause la plupart des décès parmi les réséqués, comme aussi chez les coxalgiques.

4. Plus la résection est hâtive et moins elle est étendue, plus aussi la guérison est rapide et parfaite.

5. L'arrêt de développement est faible dans ces cas favorables.

6. Il est considérable après les résections tardives, ainsi que dans les coxalgies suppurées qui ont mis des années à guérir.

7. Quand une coxalgie est suppurée, la résection est la méthode la plus sûre d'en finir vite et bien.

8. Les contre-indications à la résection sont fournies par une tuberculisation prononcée d'un organe interne.

9. L'albuminurie, étant susceptible de guérir après la guérison, n'est pas une contre-indication absolue.

M. Ollier, longtemps opposé à la résection de la hanche, est revenu sur sa première opinion. Il a pratiqué 29 fois cette opération. Depuis que l'inoculation permet de reconnaître la vraie tuberculose de la fausse, on sait qu'il y a des ostéites infectieuses qui simulent la tuberculose. Ce sont ces ostéites dans lesquelles la résection de la hanche fournit les meilleurs résultats. Cette opération est indiquée qaand il s'agit d'une coxalgie progressive et menaçant l'existence. Ce n'est pas une opération de choix, c'est une opération de nécessité. Quant aux abcès intra-pelviens, il faut les traiter comme les autres abcès. Le drainage, habituellement très bon, est quelquefois insuffisant.

L'expérience a montré que les résections précoces donnaient de très bons résultats, tandis que les résections tardives en donnaient de très mauvais. La mortalité, après ces dernières, est très considérable, mais elle est la conséquence de la maladie et non de l'opération. Toutefois M. Ollier préfère à la résection, autant que possible, le drainage et l'antisepsie comme donnant de meilleurs résultats fonctionnels. Après la résection, il se fait une ascension graduelle du fémur qui entraîne un raccourcissement beaucoup plus considérable. En résumé, la résection de la hanche est une opération peu grave chez les enfants, mais c'est une opération de nécessité et non de choix. Elle donne des résultats déplorables chez l'adulte.

M. Leriche (de Mâcon) fait une communication sur l'emploi de l'aspiration dans les coxalgies suppurées. Il se résume en disant que

l'expectation est blâmable dans les coxalgies suppurées, que l'aspiration sous-cutanée donne d'excellents résultats et peut souvent éviter la résection.

M. TRÉLAT commence par déclarer que, dans cette discussion, il est bien évident qu'il ne s'agit, sous ce nom de coxalgie, que d'arthrites fongueuses ou tuberculeuses, et non de coxalgies rhumatismales ou hystériques. Or, dit M. Trélat, nous traitons des coxalgies pendant longtemps sans que nous voyions se produire de collections purulentes. Par la précocité du diagnostic et l'opportunité du traitement (immobilisation dans la gouttière de Bonnet), nous arrivons à reculer souvent indéfiniment la suppuration dans les coxalgies. M. Trélat appelle l'attention sur certaines pseudo-coxalgies ou abcès périarticulaires de la hanche, que l'on ouvre, que l'on gratte, et qui, s'ils sont circonscrits, guérissent très rapidement. Mais souvent ces abcès présentent dans quelque recoin un boyau s'acheminant vers l'articulation, et la curette révèle une ostéite tuberculeuse.

M. VERNEUIL n'a pratiqué que deux résections de la hanche pour des coxalgies; il a eu une guérison et un décès. Il établit une grande distinction entre les coxalgies de l'hôpital et les coxalgies de la ville. Ces dernières, qu'il voit en très grand nombre, guérissent presque toujours. Il n'a pas vu mourir en ville plus de trois à quatre enfants. La résection n'est pas généralement indiquée dans les cas de ce genre où les conditions de milieu et de soins hygiéniques permettent d'attendre la guérison sans opération. C'est seulement très long.—*Gazette des hôpitaux.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Traitement des vomissements de la grossesse.—Que n'a-t-on pas essayé pour soulager la femme des nausées et vomissements, si pénibles parfois, qui accompagnent la grossesse? Les médicaments et moyens nouveaux sont relativement rares. On tend plutôt à revenir aux anciens que l'on met de nouveau à l'épreuve. Ainsi, le Dr W. Gill WYLIE, professeur de gynécologie à la Polyclinique de New-York et gynécologiste de l'hôpital Bellevue, dans une communication au *N. Y. Medical Record*, en vient aux conclusions suivantes relativement à la dilatation du col de l'utérus comme moyen d'arrêter les vomissements chez la femme enceinte:

1. La nausée et les vomissements se montrant le matin, chez la femme enceinte, ne doivent pas être considérés comme n'étant que de purs signes de grossesse, mais plutôt, règle générale, comme des symptômes indiquant un état anormal des tissus du col utérin, dû à quelque développement imparfait, maladie ou suite de maladie de ces mêmes tissus.

2. Tout état pathologique ayant pour effet de s'opposer au ramollissement et autres modifications du col durant la grossesse peut être la cause des nausées et vomissements.

3. Dans la plupart des cas, on obtient du soulagement en dilatant le col, au-dessous de l'os interne, et très souvent aussi c'est là le seul moyen de procurer du soulagement. Il est vrai qu'en provoquant l'avortement on obtiendra aussi du soulagement, mais l'avortement n'aura lieu que si on dilate tout-à-fait le col.

4. En beaucoup de cas les médicaments, soi-disant spécifiques, administrés par la bouche, sont inutiles, et en règle générale, ne doivent pas être mis en usage avant qu'un examen local ait été pratiqué et qu'on n'en ait tiré des données certaines au sujet du traitement.

Dans une correspondance au *Lancet*, de Londres, un médecin américain parle très avantageusement d'un mode de traitement des vomissements de la grossesse, mis en usage d'abord par le regretté Marion Sims: la cautérisation du col utérin au moyen du nitrate d'argent. La solution dont il se sert renferme de 20 à 60 grains par once d'eau ou encore mieux d'un mélange contenant parties égales d'esprit d'éther nitreux et d'eau distillée. Une application par jour suffit et rarement l'auteur a été obligé d'avoir recours à plus de trois applications.

Ces deux modes de traitement ne sont pas neufs, tant s'en faut. Voici quelque chose de plus récent. Un médecin russe, le Dr Polansky, emploie la bière, à dose de un verre au souper et au dîner. Dans un cas rapporté par ce médecin, le soulagement a été manifeste et persistant. Plusieurs observateurs dont nous n'avons nulle raison de suspecter la véracité disent s'être bien trouvé, dans ces cas, de l'emploi du blé-d'inde fleuri (*pop-corn*). La femme en mange un peu *ad libitum*.

On sait que dernièrement l'on a préconisé l'emploi de la cocaïne contre les vomissements de la grossesse. Des résultats favorables auraient été obtenus entre les mains de Weiss, de Prague, (*Therapeutic Gazette*) dans le cas d'une jeune femme chez qui tous les autres moyens avaient échoué et qui se trouvait en danger de mourir par inanition tant étaient persistants la nausée et les vomissements. La formule suivante fut alors prescrite:

Muriate de cocaïne ..... 2 grains
Alcool q.s. pour dissoudre.
Eau distillée..... ..... 5 onces.

M.—Une cuillerée à thé toutes les demi-heures.

Les douches d'éther sur le creux épigastrique ont aussi donné des guérisons. On se sert d'un vaporisateur et l'on répète la douche aussi souvent que les vomissements ont tendance à revenir.

Les bons résultats obtenus en certains cas par les moyens précédents et par beaucoup d'autres aussi, de même que les insuccès que l'on voit souvent être la suite de l'emploi de ces mêmes moyens nous sont une preuve que les vomissements, chez la femme enceinte, doivent tenir à plusieurs causes, variant suivant les cas, et que, par conséquent, il ne saurait être possible d'instituer une thérapeutique s'appliquant avec d'égales chances de succès à tous les cas. Le professeur PARVIN, de Philadelphie, est entièrement de cet avis. Il faut donc traiter la malade et non pas la maladie. Ainsi, s'il y a ulcération du col, il faudra guérir cette ulcération. Si un déplacement de l'utérus est la cause des vomissements, le déplacement devra être traité. Le professeur Parvin (*Analectic*) dit que dans la grande majorité des cas le vomissement est, soit fonctionnel, soit sympathique, et que l'on en viendra à bout surtout par une scrupuleuse attention à la diète et par l'emploi de la teinture de noix vomique ou de la solution de Fowler. Parfois on obtient de meilleurs résultats par l'usage de doses fractionnées de vin d'ipecac. Occasionnellement l'acide hydrocyanique et l'oxalate de cerium rendront les plus grands services. H. E. D.

Périnéorrhaphie.—*Société de chirurgie.*—M. M. Sée, après avoir étudié les résultats de la rupture du périnée sous l'influence de l'accouchement, étudie la forme des lambeaux qui ont la forme triangulaire dont le sommet correspond à la cloison recto-vaginale et dont la base correspond au périnée. Cette base est adhérente, le lambeau forme une sorte de volet qu'on peut adosser par sa face cruentée à celui du côté opposé ; il doit de plus être épais.

Il place à la base des lambeaux trois sutures au catgut no 2 qui sont fixées sur des rouleaux de gaze iodoformée et placées suivant la méthode d'Emmet.

Une suture entrecoupée au catgut réunit les bords libres de ces lambeaux, qui forment ainsi au périnée une crête médiane.

La suture au catgut a cet avantage qu'on peut laisser les fils en place sans y toucher, ce qui permet d'empêcher la désunion des lèvres de la plaie quand on retire les fils, s'ils sont en argent. On met quelques points de suture sur la muqueuse vaginale et vulvaire quand c'est nécessaire.

Le pansement est permanent; de la gaze iodoformée bourre le vagin. Une bandelette de gaze iodoformée est introduite dans l'anus, et sur la suture est mis un sachet de cellulose sublimée. On met un bandage en T et une bande de caoutchouc est mise encore par-dessus.

Le pansement est laissé en place pendant sept à huit jours. En très peu de temps la crête périnéale disparaît.

M. Polaillon. Le procédé d'Emmet ne s'applique que dans les cas de déchirures petites ou moyennes ; quand la déchirure est très étendue, ce procédé est inapplicable.

Dans un cas que j'ai publié dans les *Archives de tocologie* il a été absolument impossible d'appliquer ce procédé ; j'ai procédé d'une autre façon :

J'ai placé le fil inférieur à la manière du procédé d'Emmet, mais en deux temps, de sorte que le sommet de l'anse était visible sur une étendue de ½ cent. environ dans la cavité vaginale, un peu au-dessus de la surface d'avivement ; je n'aurais pas pu le passer d'un côté à l'autre en un seul temps.

Je crois que comme M. Sée il faut faire l'avivement en conservant les lambeaux de l'*aile de papillon* que l'on forme en avivant, mais la base adhérente du lambeau n'est pas du côté opposé au sommet de la déchirure, elle est au niveau du bord supérieur de l'aile de papillon ; on réunit ces deux lambeaux ensemble de façon à former une crête dans le vagin et non du côté du périnée.

Dans mon cas, le résultat n'a pas été absolument complet. Il restait de l'incontinence des liquides ; mais il s'agissait d'une malade à qui on avait fait trois fois la périnéorrhaphie et à qui on avait pratiqué six cautérisations.

M. Trélat. Depuis qu'il est question de périnéorrhaphie à la Société de chirurgie, il est convenu que, dans les cas de déchirures très profondes et très étendues, il faut des procédés particuliers.

L'anse de fil d'Emmet ne paraît pas réunir les conditions pour une bonne opération, dans ce cas.

Aussi Hégar a conseillé de faire l'opération en deux temps : dans un premier temps on réunit les bords de la déchirure recto-vaginale, dans un deuxième temps, on fait la périnéorrhaphie.

Quant à la forme d'avivement, il y a longtemps que MM. Verneuil et Deroubaix en ont donné la formule : il faut que les limites de l'avivement suivent les limites du tissu cicatriciel résultant de la déchirure du périnée ; il est inutile d'insister sur ce point.

Je ne crois pas utile de conserver de lambeaux, comme le conseillent MM. Sée et Polaillon.

M. M. Sée.—M. Trélat dit que la surface qu'on avive est une surface cicatricielle, je le conteste. La cicatrice se place seulement au sommet de la déchirure, le reste est constitué par la peau du périnée ; c'est elle qu'on a avivé : mes lambeaux sont formés par du tissu sain et non par du tissu cicatriciel.

La réunion, comme je la fais, me paraît préférable à celle qui résulte de plissement en bourre des tissus ; car après le serrement des fils il reste des plis, des anfractuosités où peut séjourner du liquide qui peut être cause de suppuration.

M. Trélat maintient que c'est la cicatrice que MM. Verneuil, Deroubaix et lui, avivent ; qu'on change l'opération comme le fait M. M. Sée, je le veux bien, puisque ça lui donne des succès ; mais la vraie périnéorrhaphie est celle dont la formule a été donnée par MM. Deroubaix et Verneuil, et que je suis.

M. Polaillon croit qu'on peut opérer en un seul temps les déchirures profondes en employant la petite modification qu'il a indiquée ; il n'est pas nécessaire d'opérer, comme Hégar l'a proposé, en deux temps.—*France médicale.*

Examen extemporané du lait de la femme. — Le Dr Hélot a trouvé un moyen aussi simple que pratique pour s'assurer de la qualité du lait de la femme. Sans doute il accorde la supériorité aux analyses chimiques, malheureusement si longues et si difficiles, que Tarnier a donné le conseil de s'exercer à la vue à reconnaître l'état de plus ou moins grande richesse du lait. Cette méthode, assez incertaine, est à coup sûr moins précise que celle de M. Hélot, qui consiste à comparer au compte-gouttes, pour un même volume, la quantité des gouttes d'eau distillée à 15°. Le bon lait, celui qui amène chez l'enfant une augmentation moyenne de poids de 25 grammes par jour, donne la proportion de 35 gouttes alors que l'eau distillée n'en offre que trente.

Les gouttes peuvent d'ailleurs varier, monter à 36, 37, 38, le lait est alors de qualité supérieure. Si au contraire l'on n'obtient que 33 gouttes et au-dessous, il faut se défier. La seringue de Pravaz permet de faire exactement cette étude comparative en se rappelant le rapport de 5 à 6 entre le bon lait ordinaire et l'eau distillée. Enfin on aura soin d'expérimenter l'un et l'autre sein au milieu d'une tetée.—*Union médicale de la Seine-Inférieure.— France médicale.*

Chancre du col utérin.—Le Dr N. P. Preis, de Kharkov, publie à ce sujet, dans *Russkaia Meditzina*, un article dont voici les conclusions :

1. Le chancre syphilitique de la portion vaginale du col est relativement fréquent. Sur 400 malades (toutes des prostituées) admises à l'hôpital des Vénériens, à Kharkov, 40 avaient des chancres durs. Dans 6 cas, le chancre était situé sur la portion vaginale du col, et 5 fois le chancre s'étendait à toute la circonférence de l'os.

2. Dans cette position le chancre présente les caractères qui lui sont

ordinaires et qui en rendent le diagnostic facile. (Dans deux cas il y avait une induration bien marquée.)

3. Le chancre infectant du col guérit lentement en dépit d'un traitement actif.

4. La guérison se fait de la périphérie vers le centre. Tout d'abord la cicatrice est plus ou moins opalescente, mais elle finit par disparaître tout-à-fait.

5. L'induration des lymphatiques de l'aine manque entièrement ou bien n'est que peu marquée. Les ganglions cervicaux sont les premiers à s'indurer.

6. Les symptômes constitutionnels de la maladie, faisant suite au chancre du col, sont ordinairement bénins. Les rechutes sont peu prononcées et ne se montrent qu'à de longs intervalles.

7. Dans les cas observés par l'auteur, la guérison eut lieu la plupart du temps après vingt onctions de une demi drachme chacune.—*London Medical Record.*

Traitement du vaginisme par la cocaine; par M. Cazin (de Berck-sur-Mer).—Vaginisme datant de six ans: disparition du spasme vulvaire par les badigeonnages et l'injection intra-vaginale d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. c.

Jeune dame de 24 ans, mariée depuis six ans et qui, depuis la première nuit de son mariage, n'a pu supporter l'approche de son mari. Le moindre attouchement sur les parties génitales externes détermine une douleur atroce, dégénérant, si l'on insiste, en de véritables convulsions. C'est avec la plus grande peine que M. Cazin, consulté par la malade au mois de juillet dernier, put arriver à pratiquer un examen; l'approche du doigt indicateur fut pour elle une véritable torture. En écartant les grandes lèvres, M. Cazin constata au niveau de la fourchette une légère érosion accompagnée d'un peu de desquamation sur les bords. Là était évidemment la cause des phénomènes morbides. Il y avait, en outre, une légère leucorrhée, mais aucune douleur abdominale; les règles étaient normales.

Sur le refus de la malade d'accepter la dilatation forcée après chloroformisation, M. Cazin conseilla de faire, avec une solution à 2 p. c. de chlorhydrate de cocaïne, un badigeonnage de toutes les parties génitales externes, plus une injection intravaginale à l'aide d'une sonde d'homme en gomme élastique.

Le 12 novembre dernier, quatre jours après la cessation des règles, la prescription ayant été exécutée, la jeune femme put, cinq minutes après l'application du remède, subir *sans aucune douleur* le rapprochement sexuel. Depuis lors, pour l'accomplissement régulier du coït, il a fallu toujours recourir aux badigeonnages et aux injections préliminaires. Des symptômes de grossesse s'étant manifestés, M. Cazin espère que l'accouchement mettra définitivement un terme à l'hyperesthésie et au spasme vulvaires que la cocaïne n'a fait cesser que d'une manière passagère.—*Abeille médicale.*

Dyspepsie utérine.—Le Dr Kisch (*Deutsche Med. Zeit.*) étudie sous cette forme clinique un groupe spécial de dyspepsies qui ont leur origine dans les troubles de l'appareil sexuel de la femme. Les changements de position de l'utérus, ses modifications de structure, etc., sont

les éléments de la dyspepsie, en occasionnant, par action réflexe, une altération de la sécrétion du suc gastrique, l'excitation du centre de vomissement et celle des mouvements de l'intestin. Les symptômes de cette affection sont ceux de la dyspepsie nerveuse simple; manquent seuls certains phénomènes très variables, comme les cardialgies, les névralgies et les changements de caractère. Le diagnostic différentiel du catarrhe de l'estomac, de l'ulcère de l'estomac et de la dyspepsie nerveuse ne peut se faire que de deux manières: par l'examen local de l'utérus et le criterium thérapeutique. En effet, lorsqu'on fait disparaître autant que possible l'influence causale, la dyspepsie disparaît avec la plus grande rapidité.—*Journ. de méd. de Bordeaux.*

Déchirures du col utérin, effets de leur restauration.—M. le Dr P. J. Murphy, (*Lond. Med. Rec.*) sur un ensemble de faits bien observés, assied les conclusions suivantes: 1° la restauration des déchirures du col utérin est habituellement suivie de stérilité; 2° le travail, s'il survient un accouchement subséquent, acquiert un caractère de dureté et de souffrances extraordinaire et le plus souvent la déchirure se reproduit; 3° pour bien s'assurer de la réalité des bénéfices de l'intervention chirurgicale, il faut pratiquer l'examen de l'opérée plusieurs fois après l'autoplastie, pour se rendre compte de la perméabilité du canal cervical, et, en cas d'accouchement subséquent, s'assurer de l'état du col après la délivrance.—*Rev. de thér. méd.-chir.*

Cancer de l'utérus. — Clinique de M. le docteur Nicaise. Mon intention, aujourd'hui, est de vous parler des trois variétés cliniques du cancer de l'utérus qui se trouvent en ce moment dans le service. La première malade, une femme de 41 ans, ne présente, dans ses antécédents héréditaires, aucune trace de cancer. Quant à ses antécédents personnels, ils sont assez simples; elle n'a jamais fait de grande maladie, et a seulement toujours été faible. Réglée à treize ans, mariée à 17 ans, elle a eu huit enfants. Depuis deux ans, les règles sont devenues plus fréquentes (tous les 15 jours), et il arrivait, dans l'intervalle, qu'elle perdait un peu d'eau rouge. Il n'y a jamais eu, fait remarquable, de douleurs,; mais dans ces temps derniers, une hémorrhagie très abondante a eu lieu. Lorsque la malade est arrivée, vous avez été à même de constater que cette femme était amaigrie. Maintenant, si l'on pratiquait le toucher vaginal, on constatait que l'utérus était en anteversion, et, pour peu que l'exploration portât sur le col, on sentait des végétations qui occupaient particulièrement la lèvre antérieure. Les culs-de-sac étaient sains, et l'utérus, en outre, était mobile, ce qui nous permettait d'affirmer qu'il n'y avait pas de propagation. En introduisant le spéculum de Cusco avec soin, car il faut être très sobre de cet examen, nous avons été à même de juger de l'aspect extérieur de la tumeur. Elle était rouge, exulcérée, et paraissait beaucoup plus volumineuse qu'au toucher. Restait à faire le toucher rectal et le cathétérisme vésical. Le premier ne nous ayant rien donné, nous avons jugé le second inutile.

Un diagnostic grossier était bien simple. Nous avions bien, en effet, affaire à une tumeur végétante du col. Etait-ce une tumeur bénigne? Était-ce une tumeur maligne? On est souvent embarrassé, et, si nous n'avions pas eu un amaigrissement considérable, nous aurions été incertains.

Etant donc donné ce diagnostic de tumeur végétante maligne du col de l'utérus, qui indique, par cela même, un pronostic grave, bien que la marche soit lente, comme il n'y a ni ulcérations, ni écoulements, quel est le traitement ? Bien qu'avant tout général, comme vous ne pouvez pas espérer résoudre une tumeur de nature organique autrement que par une action locale, il faut donc avoir recours, lorsque cela toutefois est possible, à ce dernier moyen. Si les topiques simples n'ont pas beaucoup d'efficacité, les cautérisations, par contre, sont souvent employées quand la tumeur ne peut pas être bien limitée. Chez notre malade, nous avons enlevé la tumeur avec l'anse du galvanocautère, et, à la suite de l'opération qui a été faite sans anesthésie, nous avons appliqué tout simplement un petit cerf-volant fait avec de la gaze antiseptique saupoudrée d'iodoforme. Ce matin, nous avons enlevé cette pièce pour faire un injection de sublimé à $\frac{1}{100}$. Tout va bien, et je crois que cette femme retirera un grand bénéfice de notre intervention, en ce sens que ses hémorrhagies vont diminuer ; mais c'est une malade qu'il sera forcément nécessaire de revoir dans quelques mois d'ici pour savoir au juste le bien que nous lui avons fait.

L'autre malade, qui est sortie de l'hôpital il y a quelques jours, vous présente une forme tout à fait différente. Du même âge que la précédente, nous n'avons trouvé aucune trace dans ses antécédents héréditaires. Assez faible dans son enfance, elle fut réglée à 18 ans, se maria à 22 ans, et eut quatre enfants. Au mois de juillet 1883, cette femme fut prise pour la première fois de métrorrhagies et d'ictère qui la forcèrent à entrer à l'hôpital Saint-Antoine, d'où elle sortit au bout de quinze jours en assez bon état. Reprise de nouveau, quinze mois après, d'hémorrhagies abondantes avec douleurs abdominales et lombaires très fortes, elle vint demander notre secours au mois d'octobre 1884. Dès son arrivée, à la seule inspection de sa figure, on pouvait dire : " Voilà un cancer de l'utérus." En effet, outre la teinte jaune pâle caractéristique, elle présentait un signe, l'amaigrissement rapide, surtout depuis six mois, qui joue un grand rôle au point de vue de la malignité. Si, passant à l'examen local, nous pratiquions le toucher vaginal, on trouvait des végétations considérables sur la partie postérieure et sur la partie antérieure ; on introduisait, en un mot, le doigt dans un canal mamelonné au fond duquel se présentait un col pas trop gros, mais dur. Ici, nous avons dû pratiquer le toucher rectal et le cathétérisme vésical. Par le toucher vaginal, il nous avait été impossible d'arriver à constater la direction de l'utérus ; mais par le toucher rectal, on ne tarda pas à constater que cet organe était en rétroversion, et que la muqueuse rectale était mobile et saine en tous ses points. Quant à l'examen de la vessie, il ne nous a rien fourni de particulier, de sorte qu'il est très probable que l'infiltration antérieure était au même point que celle de la paroi postérieure, et que la muqueuse vésicale est aussi indemne que la muqueuse rectale.

En présence de ces signes locaux, en présence d'hémorrhagies abondantes, de douleurs excessives et d'un état cachectique très avancé, le diagnostic, cancer de l'utérus, s'imposait de lui-même ; cependant, on ne saurait jamais trop se méfier. A côté de cette malade, en effet, au No 2, repose une femme chez laquelle le toucher donne des indurations mamelonnées sur le col et dans les culs-de-sac. Lors de son arrivée, à mon premier examen, je portai le diagnostic de cancer, tandis qu'au

jourd'hui je crois plutôt à des lésions inflammatoires. Vous verrez encore des cas de métrite parenchymateuse, s'accompagnant de périmétrite, donner lieu à une induration qui peut très bien en imposer pour un cancer. Quoiqu'il en soit, nous avons bien affaire ici à un cancer mamelonné du col et du vagin, qui, bien que les hémorrhagies ne soient pas excessives, peut être considéré comme à la troisième période.

Le pronostic, cela va sans dire, est fatal. Quant au traitement? S'abstenir de toute opération, soigner les symptômes, et instituer une médication générale tonique, est la seule chose qui reste à faire.

J'arrive maintenant à la troisième malade. Vous allez voir, encore ici, une varité clinique toute différente. Et tout d'abord l'âge. Il s'agit d'une femme de 25 ans qui a toujours été chétive. Réglée a 14 ans, elle eut à 20 ans, à la suite d'une couche, une péritonite dont on ne retrouve aucune trace aujourd'hui. Depuis, elle a eu deux fausses couches, et, vers le mois de novembre 1883, une stomatite sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixés. Ce n'est qu'au mois de février de cette année que des douleurs se sont déclarées pour la première fois, dans les aines et à l'hypogastre. Ses règles, jusqu'alors régulières, sont devenues plus abondantes. Entrée dans le service de M. Ball, elle ne tarda pas à en sortir pour venir un mois après chez nous, les douleurs étant devenues plus fortes que jamais.

Lors de son arrivée, la pâleur, l'amaigrissement et l'anémie de cette femme nous firent tout d'abord penser à la tuberculose qu'un plus ample examen nous força à rejeter. Le ventre était douloureux, et il existait un suintement sanguin peu abondant par le vagin. Par le toucher, nous avions les renseignements suivants : un col volumineux, dur par place, et ramolli en d'autres endroits. Ce n'étaient pas des végétations, ce n'étaient pas de petits mamelons; c'était une hypertrophie plus générale avec des points exulcérés. Outre cela, on constatait que le col était douloureux, peu mobile, et que l'induration remontait assez haut, surtout en arrière, où elle paraissait dépasser les insertions du vagin sur le col, tous signes importants qui indiquent que les parties voisines sont envahies. Le spéculum nous a fait voir un col volumineux, rouge, vascularisé, et saignant facilement. Il est surtout une chose à remarquer : c'est la marche rapide de cette affection.

En effet, depuis que cette femme est entrée, il est survenu des dysuries extrêmes, un ténesme fréquent en même temps que les douleurs se localisaient dans l'aine et dans la cuisse droite. Ces douleurs sont mêmes devenues tellement excessives que nous avons été obligés, pour arriver à les calmer, de faire prendre à la malade vingt-quatre centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour. Quant à une opération ? Il ne fallait pas y songer, la marche de la maladie étant trop rapide; aussi me suis-je contenté de faire des cautérisations avec le thermo-cautère au mois de juillet dernier. Si à cela vous ajoutez les injections de morphine pour soulager les douleurs, et un traitement général pour soutenir les forces, c'est tout ce que vous aurez à faire dans un pareil cas.—*Jour. de méd. et de chir. prat.*

PÆDIATRIE.

Traitement des différentes diarrhées.—Clinique de M. le Dr Jules SIMON à l'hôpital des Enfants-Malades.—Commençons, tout d'abord, par la lienterie. Son traitement, comme vous devez bien le comprendre, est très complexe, puisqu'il s'adresse à la nourrice et aux ingesta. S'agit-il d'un enfant à la mamelle, vous lui donnerez, au moment de ses tétées, de l'eau de chaux, ou mieux encore de l'eau de Vals (source Saint-Jean), de préférence à l'eau de Vichy qui, vu son activité, demande à être coupée. En même temps le nourrisson sera suffisamment enveloppé, de manière à ne pas avoir de fluxion sur le ventre, et, puisque vous avez affaire à une fluxion qu'il faut diriger et non arrêter, vous ferez prendre un mélange de magnésie calcinée et de carbonate de chaux à parties égales, et un petit laxatif tous les jours. Lorsque maintenant l'enfant a dépassé deux ou trois ans, la première indication est de favoriser la digestion. N'allez pas lui donner du bismuth ou du laudanum, mais faites-lui prendre quelques gouttes de teinture de noix vomique par exemple, dans un peu d'eau avant son repas qui ne doit être absolument composé que d'aliments réduits en purée.

La diarrhée séro-muqueuse doit être combattue en premier lieu par un vomitif et un purgatif, soit associés, soit administrés, la plupart du temps, l'un après l'autre, afin de ne pas produire une trop grande secousse. De plus, suivant son âge, l'enfant est chaudement enveloppé dans ses langes ou mis au lit, même en été, et ne devra prendre que des tisanes, du lait coupé avec de l'eau de chaux, ou du bouillon dégraissé. Si, malgré ces différents soins, la sécrétion catarrhale continue, vous prescrivez alors une potion au bismuth, un lavement matin et soir, des stimulants chauds sur le ventre. Sous l'influence de cette médication, à laquelle il faudra ajouter dans certains cas une goutte de laudanum, l'enfant sera guéri en huit jours.

Que doit-on faire maintenant en présence de la diarrhée de la dentition, qui n'est autre que de la lienterie et de la diarrhée catarrhale ? Choisir entre les deux pratiques, l'une qui consiste à laisser aller les choses et l'autre à arrêter la sécrétion, un moyen intermédiaire. L'enfant sera donc enveloppé ou couché selon son âge, soumis aux lavements d'amidon, et, si cela ne suffit pas, je ferai prendre de l'eau de chaux ou quelques petites pincées de bismuth.

Ceci dit, arrivons au traitement des entérites aiguës. Après le lit, les tisanes, le lait coupé avec de l'eau de chaux si l'enfant est à la mamelle, et un régime approprié dans le cas où il est sevré, vous prescrivez la potion suivante :

Mucilage	100 gr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Eau de chaux	10 gr.

Lorsqu'il y a des vomissements, laudanum de Sydenham, une demi-goutte pour les enfants au-dessous d'un an, une goutte à partir d'un an, deux à partir de deux ans et ainsi de suite.

A prendre par cuillerées à café, le jour d'heure en heure, même au moment des tisanes, des repas, et la nuit toutes les deux ou trois heures afin de respecter le sommeil.

En dehors de ces soins, vous devez ordonner des frictions sur le ventre et des lavements d'eau de guimauve, suivis d'un lavement d'amidon cuit dans lequel on pourra mettre une goutte de laudanum. Beaucoup de personnes connaissent ce traitement, mais fort peu le continuent ; aussi, lorsque vous reviendrez le lendemain, bien que tout soit fini, bien que la mère se figure que vous vouliez faire des visites, ou qu'elle-même désire sortir, ne chantez pas victoire, mais faites continuer la potion et ajoutez le deuxième ou troisième jour que la maladie ne sera guérie qu'au bout de douze jours. Quant au calomel, au nitrate d'argent, qu'emploient certains médecins, je m'en abstiens, car j'ai toujours peur de la diarrhée cholériforme qui emporte les enfants en vingt-quatre heures.

Quel est donc le traitement de cette diarrhée ? Rendez-vous bien compte, tout d'abord, de ce qui se produit. Tout d'un coup une grande sécrétion se fait, si bien que le malade se refroidit et semble bien près de la mort. En pareille circonstance, la première chose à faire est de réchauffer l'enfant, de le mettre dans du coton, et de lui donner, non plus des substances astringentes, mais des excitants comme l'alcool, la cannelle. En deuxième lieu, s'il y a des vomissements, vous les combattrez par la potion de Rivière, par la glace rapée et non en morceaux. De plus, vous ferez prendre des lavements d'eau tiède suivis d'un lavement d'amidon cuit qui aura pour effet de diminuer l'irritation du pourtour de l'anus. Pendant ce temps, on préparera la potion précédente, à laquelle on aura soin d'ajouter de la teinture de cannelle 2 grammes et de l'eau-de-vie 10 grammes. Il faut ensuite, à une heure d'intervalle, laisser deux fois l'enfant pendant dix minutes dans un bain de vin à 40° ; puis, si vous n'êtes pas encore satisfait, mettre un vésicatoire volant, qu'on laissera trois heures au creux de l'estomac, et nourrir l'enfant avec du bouillon gélatineux de poulet plutôt qu'avec du lait.

A côté de cette diarrhée cholériforme, vient se placer la diarrhée dysentériforme, dont il ne faut pas vous occuper outre mesure. Au traitement précédent, en effet, vous n'aurez qu'à ajouter quelques lavements de bois de campêche ou de feuilles de noyer, et, si l'enfant a un véritable flux de sang, quelques gouttes de perchlorure de fer vous donneront de bons résultats

Maintenant quand la diarrhée se complique d'accidents cérébraux, il est inutile de les combattre, puisqu'ils sont sous la dépendance d'une affection inflammatoire des intestins ; aussi, laissant de côté le bromure de potassium, le calomel, me contenterai-je d'instituer le traitement des entérites en forçant la note du côté du laudanum surtout en deux circonstances : quand il y aura des douleurs de tête et des mouvements convulsifs. Quant aux enfants qui tombent dans le coma et dans la prostration, ils sont très-difficiles à soigner parce qu'on n'ose pas donner du laudanum, il faut, si la diarrhée continue à être abondante, faire prendre du laudanum associé à l'éther, et dans le cas contraire où la sécrétion vient en second rang, donner seulement du bismuth avec des doses assez fortes d'alcool.

Vient ensuite la dysenterie. N'en ayant jamais vu qu'une fois ou deux, je me contenterai de vous dire que dans les pays chauds on soutient les forces du malade avec de l'alcool et qu'on donne à la suite de grandes irrigations avec une solution d'acide borique à 1/100, un lavement composé de bismuth délayé dans de l'eau gommeuse. Pour ma

part, je fais prendre en même temps par le haut un peu de calomel et de poudre de Dover afin d'éviter la constipation.

Passons maintenant à des diarrhées d'un autre ordre, aux diarrhées spécifiques, qui constituent un chapitre à part. Lorsque, dans les pays à fièvre, vous constatez au bout de quelques jours que la diarrhée, malgré votre traitement, continue avec un rythme spécial, donnez alors du sulfate de quinine en lavements ; grand sera votre étonnement, quand vous verrez alors votre prescription être suivie d'un bon effet là où tous les autres traitements antérieurs avaient échoué.

A côté de l'empoisonnement palustre, il y a l'empoisonnement syphilitique qui donne lieu à une véritable diarrhée séro-muqueuse et bilieuse. Dans ce cas, l'emploi des mercuriaux à l'intérieur, comme la liqueur de Van Swieten par exemple, n'est pas contre-indiqué, sachant bien, de par l'expérience, tout le bénéfice qu'on peut en retirer.

Viennent enfin les diarrhées des fièvres en général, et surtout celle de la dothiénenthérie, qui ne se traite pas chez l'enfant comme chez l'adulte. Quand la diarrhée, en effet, s'est établie tardivement et épuise l'enfant, je lui donne matin et soir un grand lavement auquel j'ajoute, s'il y a des odeurs trop pénétrantes, un désinfectant quelconque. Pour peu que la sécrétion soit très-prononcée, une ou deux gouttes de laudanum dans un petit lavement d'amidon que je fais garder, car ici il n'y a pas de danger de dépasser la limite, produiront toujours un bon effet.

En outre, à l'intérieur, je donne du perchlorure de fer (deux gouttes toutes les deux ou trois heures dans un peu d'eau) non seulement comme hémostatique, mais encore parce qu'il me semble de par l'expérience que l'enfant résiste mieux aux effets de la maladie en agissant ainsi. J'ai vu, à Passy, chez un enfant miné, dans le cours d'une fièvre typhoïde, par une diarrhée telle qu'à la fin nous pensions à la tuberculose, le perchlorure de fer, à partir du moment où il fut donné, produire un mieux sensible. Quant au traitement de la fièvre typhoïde prise en elle-même, je fais changer l'enfant de chambre matin et soir, afin qu'on puisse nettoyer, aérer, réchauffer complètement celle qu'il vient de quitter et la débarrasser de tous les objets infectés en les passant dans une solution d'acide phénique. Ensuite je fais faire des lavages partiels sur le corps, sur une jambe, sur un bras, sur la figure, avec de l'eau tiède dans laquelle on mettra un peu d'eau de cologne. En même temps l'enfant prendra des substances alcooliques dans de l'eau. Quant au quinquina que beaucoup de personnes emploient à hautes doses de très bonne heure, il doit être rejeté dès le début, parce que l'enfant éprouve encore plus de dégoût pour les aliments après son ingestion. En dehors de ces faits, reste la médication des symptômes dont il y aura lieu de tenir compte.—*Praticien.*—(*à suivre.*)

Diagnostic des maladies infantiles.—1. La congestion des joues, chez les enfants, sauf dans les cas de cachexie ou de maladies chroniques, indique un état inflammatoire ou fébrile. 2. De la congestion fugitive et passagère de la face, des oreilles et du front, du strabisme (avec réaction fébrile), l'oscillation de l'iris, l'irrégularité de la pupille, avec chûte des paupières supérieures, indiquent une affection cérébrale. 3. Un degré marqué d'émaciation, celle-ci étant graduelle, indique quelqu'affection subaiguë ou chronique d'un caractère grave. 4. L'hypertrophie bulbeuse des doigts et la courbure des ongles sont des signes

de cyanose. 5. L'hypertrophie de la portion spongieuse des os indique le rachitisme. 6. La présence, entre les paupières, d'un liquide épais et purulent sécrété par les glandes de Meibomius, dénote une grande prostration des forces générales. 7. La congestion passive des vaisseaux de la conjonctive indique une mort prochaine. 8. Une lividité se prolongeant longtemps ainsi qu'une lividité produite par le mouvement et l'excitation, la respiration restant normale, sont les indices d'un défaut de conformation du cœur ou des gros vaisseaux. 9. Une lividité temporaire indique l'existence d'une maladie aiguë grave, surtout des organes respiratoires. 10. L'absence de pleurs chez les enfants âgés de 4 mois ou plus dénote une forme de maladie généralement mortelle. 11. Des cris perçants et aigus sont l'indice d'une maladie cérébro-spinale grave. 12. Des mouvements musculaires irréguliers, controlés en partie par la volonté durant l'état de veille, indiquent l'existence de la chorée. 13. La contraction des sourcils jointe au fait de tourner la tête et les yeux afin d'éviter la lumière est un signe de céphalalgie. 14. Quand l'enfant se porte la main à la tête, ou cherche à reposer celle-ci sur le sein de sa mère ou de sa nourrice, il souffre de mal d'oreilles. 15. Quand il se porte les doigts à la bouche, en même temps qu'il se montre très agité, il souffre de quelque maladie du larynx. 16. Le fait de se frotter ou de se pincer le nez indique, chez l'enfant, la présence des vers, ou de quelque maladie intestinale. 17. Si l'enfant se tourne constamment la tête de côté et d'autre, songez à quelque obstruction au larynx. 18. Une voix rauque et indistincte doit faire penser à une laryngite. 19. Une voix faible et plaintive indique une maladie des organes abdominaux. 2. Une respiration lente, intermittente et accompagnée de soupirs accuse la présence d'une maladie cérébrale. 21. Si la respiration est intermittente mais accélérée, il y a de la bronchite capillaire. 22. Si elle est superficielle et accélérée, il y a quelque maladie inflammatoire du larynx et de la trachée. 23. Une toux forte et sonore indique l'existence du croup spasmodique. 24. Une taux rauque et rude est l'indice du vrai croup. 25. Quand la toux est *claire* et distincte, il y a bronchite. 26. Quand elle est supprimée et pénible, il y a pneumonie et pleurésie. 27. Convulsive, elle indique la coqueluche. 28. On observe parfois une toux sèche et non pénible au cours de la fièvre typhoïde et de la fièvre intermittente, d'une dentition difficile et d'une affection vermineuse; dans ces conditions la toux n'est souvent due qu'à une bronchite dont le point de départ a été la maladie première. —Dr Benj. A. BRADLEY in *Medical Advance*.

Traitement de la coqueluche.—M. le docteur Henri ROGER, dans le cours de la deuxième période de la maladie, conseille l'usage du sirop suivant, de 1 à 6 cuillerées à café par 24 heures, suivant l'âge et l'intensité des symptômes.

Sirop de belladone.....	10 gr.
Sirop de valériane.....	ãã 5 gr.
Sirop de digitale.....	

Pour les enfants au-dessous de 2 ans, M. Roger commence par une demi-cuillerée à café, et on augmente d'une demi-cuillerée tous les jours jusqu'au chiffre de deux cuillerées en 24 heures. Pour les coquelu-

cheux de 2 à 5 ans, une cuillerée à café le premier jour, puis jusqu'à six pour les enfants plus âgés. Le sirop sera donné pur ou mélangé avec du sirop de gomme, de violette ou de fleurs d'oranger, dans de l'eau ou du lait.

Lorsqu'il y a difficulté à faire avaler aux enfants une certaine quantité de liquide, (5 à 6 cuillerées par jour), on remplace le sirop par la teinture suivante :

Teinture de belladone.....	10 gr.
Teinture de valériane ou de musc.....	ãã 5 gr.
Teinture de digitale.....	

Pour les enfants au-dessous de deux ans, commencer par 5 gouttes de ce mélange et augmenter de 5 par jour jusqu'au chiffre de 30.

Aux coquelucheux de 2 à 5 ans, on donnera depuis 10 gouttes jusqu'à 60, en augmentant de 10 gouttes par 48 heures.

De son côté M. Luton soigne deux enfants, frère et sœur, atteints de coqueluche. Un jour, il vit sur les lèvres et la langue des ulcérations grisâtres manifestement syphilitiques ; il prescrivit alors du mercure : un milligramme de sublimé dans 10 grammes de sirop de noyer, de façon à ce que l'enfant prit deux milligrammes de sublimé par jour. Or, du jour au lendemain le nombre des quintes diminua de moitié, leur violence aussi. Le surlendemain et les jours suivants, elles diminuèrent de plus en plus. Voyant un résultat si étonnant, M. Luton donna du sublimé à la sœur non syphilitique ; l'amélioration fut chez elle aussi rapide. Chez ces enfants, la coqueluche était grave : plus d'appétit, vomissements fréquents, amaigrissement considérable. Le traitement mercuriel a été institué, il y a huit jours à peine. Aujourd'hui les quintes ont perdu leur caractère spécifique. M. Luton se réserve de refaire l'expérience sur les prochains coquelucheux.—*Scalpel.*

Valeur diagnostique de la raie blanche dans la scarlatine.—M. Joffroy a insisté, dans une de ses cliniques, sur un signe important au point de vue du diagnostic de la scarlatine, et qui cependant est bien peu recherché : c'est la raie blanche que l'on peut produire sur les téguments par le frottement d'un corps mousse.

Lorsqu'à l'état normal on vient à tracer une ligne sur la peau au moyen d'un corps mousse, comme l'extrémité arrondie d'un crayon, en exerçant une pression modérée, on ne tarde pas à voir se produire dans les point touchés une raie blanche qui persiste un certain temps. Cette pâleur est due à l'excitation modérée des vaso-moteurs et à la contraction des petits vaisseaux qui en est la conséquence. Si la pression a été plus forte, au lieu d'une raie blanche on voit se produire une raie rouge bordée de deux raies blanches. C'est qu'ici l'excitation plus forte a amené, au lieu de la contraction des petits vaisseaux, leur paralysie, tandis que dans la partie contiguë, où la pression a été moins forte, cette excitation n'a amené que la constriction des vaisseaux. Telle est l'explication qu'on donne de ce phénomène bien connu à l'état normal.

Chez certains malades les effets obtenus par cette manœuvre sont tout différents. On sait, par exemple, comme Trousseau l'a démontré, que chez les sujets atteints de méningite on obtient une raie rouge avec la plus grande facilité, d'où lui vient le nom de raie méningitique.

Mais cette raie rouge peut se produire très facilement dans toutes les affections amenant une perturbation dans les fonctions du système nerveux. On la voit survenir ainsi dans beaucoup de cas de fièvre typhoïde, dans l'érysipèle, la variole, la rougeole et les éruptions diphthéritiques. Or il n'en est plus de même dans la scarlatine pendant tout le temps que dure l'éruption. Au lieu de produire la ligne rouge méningitique, on fait apparaître une ligne pâle assez persistante, qui tranche nettement sur le fond de l'éruption. C'est là un fait signalé depuis longtemps par M. Bouchut et qui peut rendre les plus grands services chez l'enfant comme chez l'adulte au point de vue du diagnostic.

Ce signe, il est vrai, n'est pas aussi marqué à toutes les périodes de l'éruption. M. Vulpian a fait remarquer que cette raie ne se produit pas lorsque l'efflorescence scarlatineuse est à son plus haut degré de développement. M. Joffroy pense cependant qu'on peut l'observer même à ce moment, mais qu'elle est surtout marquée lorsque l'éruption commence à diminuer. Quoiqu'il en soit, c'est là un phénomène bien curieux et assez inattendu. La scarlatine est en effet une fièvre grave, et comme telle elle devrait déprimer le système nerveux et ses ganglions vaso-moteurs, et donner facilement naissance à la raie méningitique. C'est le contraire qui a lieu.

Au point de vue du diagnostic on en conçoit facilement l'importance. Dans le rash diphthéritique, par exemple, qui simule parfois une scarlatine accompagnée d'une angine, l'excitation de la peau amène une raie rouge et non la raie blanche scarlatineuse. Il en est de même pour certaines rougeoles, dont l'éruption peut être facilement confondue avec celle de la scarlatine. Chez un enfant encore dans le service, le diagnostic avec la rougeole n'a pu être établi qu'en raison de l'existence d'une raie blanche, et la desquamation scarlatineuse est bientôt venue démontrer l'utilité de ce signe ainsi employé.

Dans le rash de la variole enfin, cette exploration peut rendre les plus grands services, car ici, bien souvent les autres signes différentiels font absolument défaut, et, ne fût-ce qu'au point de vue de l'isolement, il n'est pas indifférent de placer dans un service de varioleux un scarlatineux qu'on croit à tort atteint d'un rash variolique. Alors qu'il dirigeait un service de varioleux, M. Joffroy a pu souvent constater combien était précieux ce signe, qu'il est d'ailleurs si facile de rechercher. Il faut toutefois se rappeler que la ligne blanche produite par une excitation intense existe à l'état normal et aussi dans certains états fébriles. Il ne faudrait donc pas se contenter de la coexistence de la ligne blanche et de la fièvre pour supposer que le malade est dans la période d'invasion de la scarlatine. C'est seulement l'existence de la ligne blanche sur l'éruption qui a de l'importance.—*Abeille méd.*

De l'ostéotomie et de l'ostéoclasie dans le traitement du genu valgum.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Demons (de Bordeaux) fait part des raisons majeures qui l'ont porté à se convertir à l'ostéoclasie, après avoir été un défenseur ardent de l'ostéotomie. C'est l'emploi de l'ingénieux appareil de Robin (de Lyon) qui a entrainé ce changement d'opinion et de pratique.

M. Demons a d'abord essayé comparativement l'ostéotomie et l'ostéoclasie sur le cadavre.

L'ostéotomie produit de petites esquilles; la fracture par laquelle

on termine l'opération est oblique et irrégulière. Farabeuf, qui a répété ces expériences, est arrivé aux mêmes résultats. Il ne faut pas, sur ce sujet, s'en rapporter aveuglément aux figures du livre de M. MacEwen, ces figures sont schématiques et ne disent qu'une partie de la vérité.

L'ostéoclasie produit une solution de continuité beaucoup plus franche; la fracture est rare, sous-périostée. Elle s'accompagne de désordres si peu étendus, qu'après avoir enlevé les parties molles, les muscles, on a de la peine à trouver la fracture.

Sur le vivant, M. Demons, a pratiqué six ostéotomies et autant d'ostéoclasies pour genu valgum. Cette dernière opération lui a paru très simple; tout le monde peut la pratiquer, le redressement du membre est facile et complet; l'opération exige peu de surveillance; les accidents sont nuls, sauf une insignifiante ligne ecchymotique et une hydarthrose légère. L'ostéotomie est plus difficile; il faut, pour se servir convenablement du ciseau, une certaine habileté manuelle; la poplitée a été blessée par des opérateurs malheureux; à la suite de l'opération, peuvent apparaître des complications, rares sans doute, mais d'une gravité incontestable.

Si l'on considère les résultats définitifs de ces deux opérations, on remarque d'abord que dans les deux cas, la rectitude du membre est parfaite, et que le sujet reste aussi bien guéri après l'ostéotomie qu'après l'ostéoclasie, mais, dans cette dernière opération, les accidents articulaires consécutifs sont moins prononcés que dans l'ostéotomie, et le malade marche plus vite. L'arthrite de voisinage est réduite au minimum.

En somme, des opérations qu'il a pratiquées, des expériences qu'il a faites sur le cadavre, M. Demons n'hésite pas à conclure que si l'ostéotomie est une bonne opération, l'ostéoclasie est une opération meilleure et que ce dernier procédé tire surtout ses avantages de l'excellent appareil imaginé par Robin (de Lyon).—*Tribune médicale.*

DERMATOLOGIE.

De la couperose.—Clinique de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis.—La couperose, ou acné rosacée, est une affection terrible qui désole les gens parce qu'elle les défigure et les empêche quelquefois de gagner leur vie, ainsi les employés qu'elle fait renvoyer de leur magasin, et les ouvriers, de l'atelier.

Elle débute par de l'érythème qui se montre d'abord sur le front, à la racine du nez, puis sur les joues, le nez et le menton. L'érythème se prononce et bientôt se dessinent des arborisations vasculaires très marquées et qui peuvent même atteindre parfois le volume d'une plume de corbeau. Cet état peut persister longtemps, mais à la longue il se produit de petites granulations sèches ou recouvertes d'une légère squamme, qui infiltrent le derme et qu'on sent parfois mieux qu'on ne les voit. Enfin se montrent les pustules d'acné.

C'est une maladie chronique avec alternatives de rémissions spontanées et d'exacerbations passagères. Quelquefois elle prend la forme hypertrophique et détermine un énorme bourgeonnement du nez, chez

les femmes, elle ne va pas jusque-là et n'aboutit jamais à cette hypertrophie désignée sous le nom de rhynophyma. Souvent elle se borne longtemps à des congestions faciales qui donnent à ces personnes une figure enluminée et se produisent sous des influences variables, comme une digestion laborieuse, une atmosphère chaude ou une émotion quelconque.

Les causes de cette affection sont diathésiques. Bazin a signalé sa fréquence chez les arthritiques ; on l'observe chez les scrofuleux. On a cherché à expliquer sa fréquence chez les cochers et les cuisinières par l'action du grand air et des fourneaux, mais ces causes sont incertaines ; la seule qui soit bien établie est l'influence utérine ; c'est, en effet, chez les femmes dont les règles sont courtes et pénibles qu'on l'observe le plus souvent et surtout à l'âge mûr et à l'époque de la ménopause. Il faut bien savoir qu'elle peut être absolument indépendante de l'alcoolisme.

Trois affections ont, avec la couperose, une ressemblance superficielle : l'acné, le lupus et certaines syphilides de la face. Pour la distinguer des syphilides, on remarquera que les localisations de la couperose sont toujours symétriques, ce qui n'arrive pas à celles de la syphilis qui, par exemple, frapperont une aile du nez, en laissant l'autre intacte. Les éruptions de la syphilis sont beaucoup plus saillantes, plus volumineuses, et ne tardent pas à faire place à des ulcérations, ce qui n'est pas le cas de la couperose. On évitera de la confondre avec l'acné, en se rappelant qu'il y a dans la couperose une hypérémie et des arborisations vasculaires qu'on ne trouve que dans l'acné ; de plus, la couperose est localisée à la face, au lieu que l'acné frappe en même temps la poitrine, les épaules et surtout le dos.

Les améliorations et la guérison de la couperose ne sont que temporaires. On a employé contre elle de nombreuses méthodes, ce qui est un indice suffisant de leur peu d'efficacité. Il faut commencer par s'adresser à la diathèse, sans en attendre cependant beaucoup de résultats ; on a recours ensuite à un traitement topique. On procédera par tâtonnements en n'employant pas d'abord les moyens les plus énergiques.

Onctions avec le glycérolé à l'oxyde de zinc au sixième. — Lotions avec le mélange suivant, qu'on laissera sur la peau sans l'essuyer :

Fleur de soufre	15	grammes
Alcool camphré	60	"
Eau	250	"

Deux ou trois pulvérisations par jour avec de l'eau boratée au vingtième.

Si cette médication a échoué, on essaie la suivante :

Pendant deux à trois jours, barbouiller les parties malades de savon noir ou vert qu'on laissera sécher sur la peau ; il en résulte bientôt une légère inflammation, pendant la durée de laquelle on ne se sert que d'émollients ; quand elle a cessé, on recommence l'emploi du savon mou, et cela plusieurs fois de suite. Cette méthode substitutive donne quelquefois des succès.

Alibert employait les sulfureux, qu'il appelait le mercure de l'acné : pommade soufrée au quart. C'est encore une méthode substitutive, mais moins active que la précédente.

Hébra fait un masque avec des bandelettes d'emplâtre de Vigo ; c'est moins irritant et plus commode.

Bazin se servait d'huile de cade.

Enfin, en cas d'insuccès avec tout ce qui précède, on a recours à la teinture d'iode, le sublimé corrosif, la potasse caustique, les scarifications, surtout dans l'acné variqueuse, et la cautérisation ignée. Et l'on fait prendre en même temps le proto-iodure de mercure à l'intérieur. —*Journal de la Santé publique.*

Traitement de la gale.—Le *Répertoire de Pharmacie* indique, d'après le *Pharmac. Zeitung*, le nouveau traitement employé par le docteur COMESSATI. L'auteur le recommande comme étant d'un emploi très facile, d'une action très sûre et ne présentant pas les inconvénients des autres traitements.

Dans un litre d'eau, on dissout 205 grammes d'hyposulfite de soude et on opère des lotions, sur tout le corps, avec cette solution, en se couchant.

Le lendemain matin, on opère un nouveau lavage du corps avec de l'eau renfermant 50 grammes d'acide chlorhydrique par litre.

L'explication de ce traitement est facile ; il se dépose dans les pores de la peau du soufre à l'état très divisé et qui reste très longtemps ; il se forme aussi de l'acide sulfureux et du chlorure de sodium. Les deux produits de cette réaction sont toxiques pour l'acarus. L'auteur a obtenu les résultats les plus satisfaisants de ce traitement qui n'a pas besoin d'être répété.

GRIGORJEW traite la gale par l'iodoforme. Ce traitement comprend deux périodes. La première : le malade, plongé dans un bain tiède, est frictionné pendant une demi-heure, avec du savon noir ; puis enduit avec une pommade à base d'iodoforme composée de :

Iodoforme..... .. 4 gr
Cérat simple.....25 "
Huile d'olive, quantité suffisante.

Pour obtenir une cure radicale, il faut au moins deux bains et deux frictions.

La seconde période, traitement consécutif, se borne à enduire une ou deux fois par jour, avec la pommade à base d'iodoforme, les régions douloureuses de la peau. La durée totale du traitement est en moyenne de cinq à six jours.

D'après Grigorjew, ce mode de traitement a pour avantages : 1° de tuer rapidement les acares et leurs œufs déposés sous la peau ; 2° de diminuer l'impressionabilité de la peau et les démangeaisons; ce résultat est obtenu après une seule friction ; 3° de ne pas irriter la peau du malade ; 4° de hâter la guérison de l'eczéma scabigineux.—*Scalpel.*

Le jequirity dans les affections de la peau.—Le docteur SHOEMAKER, de Philadelphie, expose de très heureux résultats obtenus par l'emploi de cet agent irritant dans le traitement des lupus, des ulcères rongeants, de l'épithelioma.

a) Un conducteur de 35 ans, ne pouvant garder le repos, avait un ulcère spécifique à la jambe que le traitement anti-syphilitique ne put guérir ; malgré la marche, cet ulcère fut guéri en 15 jours, après deux applications de jequirity.

b) Une ouvrière de 17 ans, atteinte d'ulcère scrofuleux au cou, saignant au moindre contact, n'obtint rien du traitement anti-scrofuleux et fut facilement guérie par le jequirity.

c) Une malade de 40 ans, atteinte de lupus ulcéré du dos du nez, fut traitée, après consultations multipliées, par les escharotiques et par le grattage, sans succès, tandis qu'en trois semaines l'émulsion de jequirity guérit ce lupus après la chute de la croûte.

d) Une ulcération épithéliale du dos de la main chez un homme de 43 ans, couvrant toute cette région, siège de douleurs lancinantes et résistant à des grattages multipliés, fut guérie, après que le jequirity eût déterminé son inflammation spéciale, avec formation et chute de croûtes.

e) Une lingère de 45 ans porte un lupus ulcéré des deux côtés de la face, qui était traité sans succès depuis plusieurs années ; le jequirity amène une inflammation très intense avec fièvre jusqu'à formation de la croûte-cuirasse, après cinq applications successives de jequirity, on laissa les croûtes en place, et à leur chute les granulations, les tubercules avaient disparu et l'ulcère était cicatrisé.

En résumé, le jequirity a tenu ses promesses dans le traitement des ulcères de mauvaise nature, mais il doit être manié avec prudence parce qu'il amène une inflammation érysipélateuse accompagnée de symptômes généraux graves chez les sujets sensibles.—*Practitioner.*

Traitement du prurit.—Un correspondant du *St. Louis Medical Journal* parle avantageusement de l'emploi de l'oléate de chloral pour combattre les affections cutanées prurigineuses, telles que le prurit anal, l'eczéma, etc. Cet oléate renferme une drachme de chloral et une drachme de camphre pour une once d'acide oléique. Depuis longtemps l'on connait les propriétés analgésiantes locales du camphre et du chlorure. L'addition de l'acide oléique a sans doute pour effet de faciliter l'asorption de ces deux médicaments par la peau.

Dans quelques cas de maladies cutanées accompagnées de prurit intense, lichen, prurigo, etc., rien n'est aussi efficace que l'acide sulfurique dilué. On l'applique localement, dilué, et on l'administre à l'intérieur, à dose de 10 minimes.

Le professeur Hardy, de Paris, emploie une pommade dont voici la formule : Naphtol 10 parties ; vaseline 100 parties.—*Analectic.*

Traitement du prurit anal.—Un correpondant du *British Medical Journal* suggère le traitement qui suit :

Laver soigneusement les parties externes avec de l'eau chaude et même injecter un peu de celle-ci dans le rectum, puis introduire un bourdonnet de ouate imbibé de la solution suivante :

Acide carbolique	20 grains
Laudanum	4 drachmes
Acide hydrocyanique dilué	2 "
Glycérine	4 "
Eau q. s. pour faire	4 onces.

On enlève le bourdonnet avant chaque selle, et on en remet un nouveau immédiatement après.—*N.Y. Med. Journal.*

FORMULAIRE.

Hémoptisie.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide d'ipecac ..... 5 gouttes
Teinture de digitale..... 10 "
Extrait fluide d'ergot..... 1 drachme

M.—A prendre en une seule dose, toutes les heures ou toutes les les demi-heures jusqu'à nausée et vomissement.—*Northwestern Lancet.*

Coliques néphritiques.

P.—Borate d'ammoniaque..... 2 drachmes
Eau distillée..... 4 onces
Sirop simple..... ½ once

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe, dans beaucoup d'eau, toutes les deux heures.—*Journal de médecine de Paris.*

Spermatorrhée.—*Sinéty.*

P.—Extrait de belladone..... } ãã
Poudre de racine de belladone..... } 4 grains
Conserve de roses..... } q.s. p. 10 pil.

Dose : De 1 à 3 pilules, le soir, au coucher, dans les cas de spermatorrhée nocturne résultant du spasme des vésicules séminales.—*Union médicale.*

Hypertrophie de la luette.—*Dr Monin.*

P.—Muriate de morphine..... 4 grains
Bromure de potassium..... 1 drachme
Teinture de coca..... 2 drachmes
Glycérine..... 1½ once

M.—Usage local.—*Union médicale.*

Rhumatisme articulaire.—*Hôpital Bellevue.*

P.—Hydrate de chloral..... 1 drachme
Acide salicylique..... 1½ "
Onguent de stramonium (U. S. P.)..... 1 once

M.—Usage local.—*Analectic.*

Diphthérie.—*Dr C. H. Hughes.*

P.—Hydrate de chloral..... 1 drachme
Sirop de tolu ..... 1 once
Eau de menthe q.s. pour faire deux onces.

M.—*Dose :* Deux cuillerées à thé dans deux cuillerées à soupe d'eau —en gargarisme—quatre fois par jour.—En outre, à l'intérieur, une cuillerée à thé, le soir, au coucher, et répéter après minuit ou vers le matin si l'enfant est alors réveillé.—*St. Louis Med. and Surg. Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUIN 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'i y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Bureau provincial de Médecine.

La réunion semi-annuelle du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens a eu lieu à Montréal, le 13 mai, sous la présidence du Dr C. E. Lemieux, président du Collège.

Après l'adoption des rapports des assessseurs pour les Universités Laval, Victoria, Bishop et McGill, on a donné lecture du rapport du Bureau d'Examinateurs pour l'admission à l'étude de la médecine. Ce rapport constate que sur 62 candidats, 39 ont subi l'épreuve avec succès, 17 ont été refusés *pro-tempore* et 6 l'ont été définitivement.

Le rapport de M. Lamirande, agent du Collège, fut ensuite pris en considération. Durant les derniers six mois, le Collège a gagné six causes et en a perdu une; cinq sont encore *sub-judice*.

M. Tierney, de West-Farnham. demande au Bureau la permission de continuer à pratiquer la médecine, attendu qu'il exerce depuis vingt-cinq ans. Le Bureau déclare n'avoir pas le pouvoir nécessaire d'accorder semblable permission.

On présente un rapport relatif à certaines accusations portées contre M. Lamirande, agent du Collège. Le rapport comporte que M. Lamirande n'est pas tout-à-fait exempt de blâme et qu'il a agi au-delà des limites de son autorité. On recommande que les pouvoirs de l'agent soient mieux définis.

Le Dr Durocher propose, appuyé par le Dr Rinfret, que les réponses (écrites) des candidats à l'admission à l'étude de la médecine soient dorénavant signées d'un pseudonyme.

Le comité nommé à la dernière séance pour examiner l'état financier du Collège fait rapport. L'examen et la discussion de ce rapport sont renvoyés à la prochaine séance.

Avis est donné qu'à la prochaine réunion une motion sera faite à l'effet de placer de nouveau entre les mains du régistrateur la collection de la contribution annuelle, le régistrateur devant, pour cela, recevoir une indemnité de $400 par an.

Sur proposition du Dr Marsden, appuyé par le Dr L. LaRue, le Collège *reçoit* le rapport du comité chargé de s'enquérir des accusations portées par le Dr Lachapelle contre l'Ecole de Médecine Victoria.

Avis de motion est donné à l'effet d'autoriser le président du Collège à émaner des licences *ad interim* dans l'intervalle des réunions du Bureau.

La motion du Dr LaRue au sujet de la création d'un Bureau Central d'examens est remise à la prochaine séance.

***

C'est tout ! Certes, voilà du temps bien employé ! Et dire que c'est pour transiger d'aussi importantes affaires que nos Gouverneurs se sont réunis ici, à dix dollars par jour ! Fort heureusement qu'une journée a suffi. Si la réunion de septembre prochain ressemble à celle-ci, toute la profession aura droit d'y voir un nouvel argument en faveur du changement que nous proposions dans un de nos précédents numéros, mais dont le Bureau ne s'est pas encore occupé, croyons-nous : remplacer les assemblées semi-annuelles par une seule réunion annuelle. Comme il semble probable que les élections triennales vont nous venir avant que le Bureau ait pu décider quelque chose sur ce point, alors toute la profession pourra s'en occuper et manifester à ce sujet sa manière de voir.

***

La question du Bureau Central d'Examens a encore été remise à trois mois. On avait pourtant bien promis qu'on s'en occuperait cette fois. La motion devait être discutée et mise aux voix. Rien de tout cela ! Y a-t-il eu cette fois encore des amis *trop craintifs* à la demande desquels il a fallu remettre ainsi la partie ? C'est ce qu'il nous a été impossible de constater.

***

Pour drôle elle-est drôle la pétition de M. Tierney. Parce qu'il a, pendant nombre d'années, pratiqué la médecine en contravention avec les règlements du Collège, il demande qu'on veuille bien le laisser faire. Rien que cela ! Comme si le nombre des années avait dû nécessairement lui donner la sanction du savoir et de l'érudition. En lui répondant qu'il n'avait pas le pouvoir d'accorder semblable permission, le Collège voulait-il laisser croire qu'il l'aurait accordée volontiers s'il eût eu tel pouvoir ? Il y a des malins qui prétendent que cela est possible.

***

Le rapport du comité chargé de s'enquérir du fondé et du non-fondé des plaintes portées contre M. Lamirande, agent du Collège, a été adopté. Nous concourons pleinement dans les conclusions de ce rapport pour ce qui concerne la définition des pouvoirs de ce Monsieur. Nous en avons déjà fait la remarque : Le Collège l'autorise à instituer des poursuites contre les charlatans, mais il ne peut le faire qu'à ses risques et péril. Si la cause est bonne et le procès gagné, tant mieux pour le Collège. Si la cause est mauvaise et le procès perdu, tant pis pour M. Lamirande.

Il en est qui ne trouvent pas cela juste. Ne serait-il pas inopportun de se demander, à cette occasion, si l'on ne pourrait pas s'assurer les services d'un agent plus actif ou étendre les pouvoirs de l'agent actuel de manière à lui faire jouer un rôle moins passif que celui qu'il joue actuellement ? Un charlatan, rebouteur, etc., pratique au vu et au su de tout le monde dans telle localité. Personne ne veut ou n'ose porter plainte ouvertement, dans la crainte de se compromettre. Le médecin de l'endroit se plaint bien, mais par lettre seulement, et bien souvent ne le fait qu'en cachette et sous le sceau du secret de peur de s'aliéner les bonnes grâces de quelques-uns de ses clients, amis du charlatan. Bref, là où les preuves semblent pulluler, il devient parfois difficile, sinon impossible d'en réunir un nombre suffisant pour faire condamner un individu qui fait la nique à la loi médicale. Si l'agent pouvait alors se transporter sur les lieux, prendre des renseignements d'une façon plus directe, s'enquérir du nom des témoins à assigner, et calculer ainsi les chances de succès, il pourrait peut être étendre davantage le cercle de ses opérations et travailler plus efficacement à nous débarrasser de la gent *charlatane !*

***

Certaines plaintes ont déjà été formulées contre la manière dont se font les examens préliminaires à l'étude de la médecine. La plupart du temps, toujours, dirons-nous, il a été constaté que ces plaintes étaient sans fondement, le système fonctionnant aussi bien qu'on peut l'espérer, et ne faisant des mécontents que parmi les candidats malheureux et dans le cercle de leurs amis. On a crié, en particulier, contre le fait que les réponses (écrites) des candidats étaient signées du nom propre de ceux-ci au lieu de l'être d'un pseudonyme. Bien que nous n'ayons aucun doute sur l'impartialité parfaite des examinateurs, cependant nous sommes contents de voir que l'on a fait modifier le règlement de telle façon que dorénavant, chaque réponse devra être signée d'un nom de plume. Les plus exigeants ont là de quoi être satisfaits. Seulement il faudra veiller à ce qu'il n'y ait pas de fraude, et à ce qu'aucun des candidats admis dans la salle d'examen n'y vienne, à la faveur du pseudonyme, concourir pour un ami, comme cela s'est déjà fait avec l'ancien système.

Le Journal d'Hygiène Populaire.

Nos meilleurs souhaits au *Journal d'Hygiène Populaire* qui vient d'entrer dans sa deuxième année, et nos bien sincères félicitations à notre ami, M. le Dr Desroches, qui a su, à force de soins, de courage et

de persévérance, mener à bien cette publication durant les premiers mois de son existence. Le *Journal d'Hygiène* a une grande mission à remplir. Aujourd'hui, plus que jamais, il importe d'inculquer au peuple les saines notions d'hygiène et de lui faire comprendre que l'intérêt général, au point de vue des questions sanitaires, est tout entier dans la manière dont les individus comprendront et mettront à exécution les préceptes de l'hygiène privée. Or c'est là ce qu'il semble difficile d'obtenir. Notre ami et collègue, tout en ne se faisant aucune illusion à ce sujet, ne s'est pas épargné pour assurer le succès de l'entreprise que lui avait confiée la Société d'Hygiène. Il peut se flatter d'avoir réussi. Au fond, ce n'est pas tant la Société d'Hygiène qui a fait le *Journal* ce qu'il est aujourd'hui, que le travail incessant et le dévouement de M. le Dr Desroches. Aussi la Société n'a-t-elle fait que lui rendre justice en lui en confiant à la fois la direction et la propriété exclusive. L'expérience a prouvé que l'on ne pouvait mieux choisir. C'est donc avec la plus grande cordialité que nous disons à notre ami et à l'œuvre qui lui est chère : *Ad multos annos !*

A nos correspondants.

Nous prions instamment ceux de nos lecteurs qui nous adressent des correspondances et qui les signent d'un pseudonyme, de vouloir bien faire connaître leur nom à la rédaction. Nous n'avons pas d'objection à publier une correspondance aussi signée d'un nom d'emprunt, mais le nom véritable de l'auteur doit nous être connu, attendu que, ne voulant pas prendre la responsabilité des opinions émises par nos correspondants, quels qu'ils soient, nous puissions cependant savoir, le cas échéant, sur qui faire retomber cette responsabilité.

Aliment de Mellin.—Il n'y a pas longtemps encore que tout aliment prôné à renfort d'annonce comme pouvant suppléer au défaut d'assimilation normale jouissait d'emblée d'une grande faveur et d'un succès passager. Il a été prouvé que toutes ces substances contenaient une quantité considérable de matières amidonnées indigestes.

Liebig dit : " On ne saurait nier que les aliments farinacés aujourd'hui en usage sont la cause de la plupart des maladies et de la moitié de la mortalité chez les enfants." L'aliment de Mellin (Mellin's Food), conformément aux principes de Liebig, ne contient pas de farinacés, ni aucune substance non assimilable. Il est sans rival comme nourriture pour les estomacs débiles, pour suppléer à la nutrition en défaut et comme galoctogène chez les femme qui allaitent.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

New-York Academy of Medicine.—Valedictory address by the President, Fordyce Barker, M.D., L.L.D. New-York, 1885.

Disinfection and Disinfectants.—Preliminary Report made by the Committee on disinfectants of the American Public Health Association.

Bibliothèque diabolique.—JEAN WIER.—*Histoire, disputes et discours des illusions et impostures des diables, des magiciens infâmes, sorcières et empoisonneurs, des ensorcelés et démoniaques et de la guérison d'iceux ;* Item de la punition que méritent les magiciens, les empoisonneurs et les sorcières. Le tout compris en six livres ; par Jean WIER, médecin du duc de Clèves, suivi : de deux dialogues touchant le pouvoir des sorcières et la punition qu'elles méritent, par Thomas ERASTUS. Avant-propos par Bourneville ;—Biographie de Jean Wier, par Axenfeld.

Cet ouvrage forme deux beaux volumes de plus de 600 pages, et orné du portrait de l'auteur, gravé au burin.

Prix : Papier vélin, 15 fr. les deux volumes.

Il a été tiré pour les amateurs un certain nombre d'exemplaires sur papier de luxe.

Papier parcheminé (nº 1 à 300), prix 20 fr. les deux volumes.

Papier Japon, des Manufactures impériales (nº 1 à 150), prix 25 fr. les deux volumes. A la librairie du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes, à Paris.

N. B.—Les prix ci-dessus sont pour les exemplaires pris dans nos bureaux ; pour la France, le port est de 1 fr. ; pour l'étranger, de 2 fr. 50.

NOUVELLES MEDICALES.

—Le Bureau de Santé de la ville de New-York a dernièrement soumis à l'analyse divers échantillons de quinine. Un grand nombre (50 p. 100) ont été trouvés adultérés.

—Nous sommes informés par le *Liverpool Journal of Commerce* que ce sont MM. Evans, Sons & Co., qui, par l'entremise de leur succursale à Montréal, ont obtenu le contrat pour la fourniture des hôpitaux et ambulances du Nord-Ouest durant les derniers troubles. Ce sont eux aussi qui ont fourni à nos troupes le *Lime-Juice*, dont il a dû s'absorber d'énormes quantités.

—M. le Dr Larocque a donné sa démission comme médecin de la cité de Montréal. Une commission, dite consultative d'Hygiène, composée de Son Honneur le Maire, des présidents des comités de Finance et de Santé et de quatre médecins représentant les quatre facultés de médecine de la ville, a été créée pour choisir un remplaçant au Dr Larocque et servir de conseil au nouvel officier de santé en vue des remaniements à faire incessamment dans le Bureau de Santé et des mesures à prendre contre les épidémies dont nous sommes menacés.

Le choix de la commission consultative, relativement au médecin de la cité, devra être ratifié par le Comité de Santé et par le Conseil de Ville.

Nécrologie.—A Copenhague, M. le professeur PANUM, ex-président du Congrès international de médecine tenu à Copenhague l'année dernière ; à Halle, M. le professeur HENLE, de l'Université de Halle.

DECES.

LEMAN.—A Montréal, le 24 mai, M. le Dr Jos. Leman.

PICAULT.—A Montréal, le 31 mai, P.-E. Picault, Ecr., M.D., à l'âge de soixante-seize ans.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. H. E. DESROSIERS.

De quelques usages des iodures.

MESSIEURS,

Depuis que vous suivez cette clinique vous avez pu observer que nous avons prescrit les préparations d'iode, et en particulier les iodures, en plus d'une circonstance et pour plus d'un cas. Nous allons aujourd'hui brièvement résumer les observations que nous avons, sur ce sujet, faites au lit des malades.

Trois diathèses ont surtout été combattues au moyen des iodures : la scrofule, la syphilis et le rhumatisme. En outre nous avons fréquemment mis ces médicaments en usage dans les cas de phlegmasies accompagnés d'épanchement et dans certaines maladies des centres nerveux. Contre ces différents états pathologiques, vous nous avez vu employer surtout les iodures de potassium, d'ammonium et de fer.

Si les iodures, comme cela ne fait pas de doute, s'adressent principalement au traitement de certaines maladies diathésiques et à celui des accidents nombreux liés à ces diathèses, il est également vrai de dire qu'ils trouveront surtout leur indication dans les diathèses caractérisées par une tendance à la formation de produits nouveaux, plastiques ou non, plus ou moins susceptibles de se résorber. Or, c'est précisément ce qui arrive dans le cas de la syphilis, de la scrofule et du rhumatisme. Dans la scrofule, nous voyons s'hypertrophier en nombre considérable les ganglions lymphatiques. Au cours de la syphilis, nous avons les gommes, les tubercules, les papules, les exostoses, les hypertrophies viscérales, etc., toutes lésions qui réclament l'emploi des fondants, ou comme on le dit encore, par convention, des altérants Mais, laissez-moi vous rappeler ici un fait que vous n'avez peut-être pas oublié pourtant, et qui se rapporte à la période à laquelle vous devez administrer les préparations d'iode. Celles-ci, règle générale, ne conviennent pas aux premières périodes, ce que j'appellerai les périodes aiguës, de ces diathèses, mais plutôt à des périodes ultérieures alors que la maladie a pris une allure, non pas chronique tout à fait, mais sub-aiguë. Ce n'est donc pas, conséquemment, à la période de formation des produits nouveaux qu'il convient de donner les iodures, mais bien alors que ces mêmes produits se sont faits et qu'il est devenu urgent ou simplement utile d'en opérer la résorption. Ainsi, règle générale, pas d'iodures dans la scrofule s'accompagnant de fièvre ou de quelque phlegmasie aiguë, ou, en d'autres termes, dans les manifestations inflammatoires aiguës de la scrofule. Pas d'iodure non plus, en général, dans la première période de la syphilis. Enfin, pas d'iodure dans le rhumatisme articulaire aigu, à sa période inflammatoire proprement dite.

La raison d'être de ces réserves se trouve dans l'action physiologique même de l'iode et de ses dérivés. En effet, ce sont, comme vous le savez, des agents congestionnants, stimulants, dont l'action se porte sur la circulation qu'ils accélèrent, sur le système capillaire qu'ils congestionnent, sur la température qu'ils tendent manifestement à élever, produisant, de la sorte, une espèce de fièvre artificielle qui n'est en somme que la première phase de l'iodisme aigu.

Dans la scrofule, les iodures ne sauraient être regardés comme des spécifiques, quoiqu'on en ait dit. Ils s'adressent spécialement aux accidents ganglionnaires et lymphatiques de la diathèse, mais ils ne constituent pas à eux seuls toute la thérapeutique. Nous leur adjoignons, comme vous me l'avez souvent vu faire, des toniques généraux tels que l'huile de foie de morue, l'arsenic, le fer, les phosphates, sans oublier les prescriptions hygiéniques dont je n'ai sans doute nul besoin de vous dire toute l'importance.

C'est à l'iodure de fer que nous recourons de préférence dans la scrofule et ses manifestations. Il se prescrit communément sous forme de sirop ou sous forme pilulaire. Le sirop (officinal) d'iodure de fer se donne à dose moyenne de dix à vingt minimes, cette dose étant administrée dans un véhicule quelconque, l'eau par exemple, trois par jour, après le repas. Quelques-uns préfèrent, au sirop, la pilule d'iodure de fer (officinale). Chaque pilule de 3 grains renfermant 1 grain d'iodure, les malades peuvent prendre de 3 à 6 ou 9 de ces pilules par jour. Comme la plupart des préparations de fer et d'iode, l'iodure de fer se donne de préférence après les repas.

Vous n'avez qu'à ouvrir vos auteurs, messieurs, pour y voir l'iodure de potassium recommandé exclusivement dans les 2me et 3me périodes de la syphilis. Rationnellement, c'est bien à ces périodes qu'il importe d'administrer l'iodure, parce que c'est précisément alors que les accidents spécifiques, étant de nature hyperplasique, réclament l'emploi d'un agent qui en opère la fonte et la résorption. L'influence de l'iodure de potassium sur la marche et le progrès de quelques syphilides secondaires, et de toutes les syphilides tertiaires est des plus évidentes, et vous avez, en mainte occasion, été à même de la constater. Je dis *quelques* syphilides secondaires. En effet, l'iodure ne convient pas indistinctement à tous les accidents de la deuxième période de la vérole. Vous avez vu quelques-uns de ces accidents résister à l'iode pour disparaître rapidement par l'emploi du mercure, tandis que pour d'autres, c'est tout le contraire qui a eu lieu. D'accord avec l'expérience, Sigmund, de Vienne, prescrivait l'iodure dans les cas de syphilides secondaires à forme humide, réservant le mercure pour les formes sèches. Plusieurs autres observateurs ont corroboré ce fait remarquable que nous avons, nous aussi, constaté chez nos syphilitiques, si vous vous en rappelez. Nous avons vu, en effet, les plaques muqueuses, les ulcérations buccales et linguales céder comme par enchantement à un traitement par l'iodure de potassium, tandis que, chez d'autres malades, la forme papuleuse, entre autres formes sèches, résistait à la même médication.

Dans une communication à la *Société de thérapeutique*, de Paris, MM. Gouguenheim et Morin ont, l'an dernier, tenté d'établir que l'iodure de potassium, de même que le mercure, convient à toutes les périodes de la syphilis. Pour eux, le mercure et l'iodure de potassium

sont des spécifiques de la syphilis à toutes les périodes de son évolution. Cependant, ils réservent l'iodure pour combattre les syphilides buccales et pharyngiennes, lésions humides, comme vous voyez, ainsi que les lésions diffuses et hypertrophiques à caractère grave.

Tout cela veut-il dire que l'administration des iodures convienne à tous les cas de syphilis? Loin de là. Vous avez occasion d'observer des cas qui restent rebelles à la médication iodée, de même que vous en rencontrez qui résistent quand même au mercure. Le fait est que la syphilis n'affecte pas toutes ses victimes de la même manière; nous avons, vous le savez, des syphilis graves et des syphilis bénignes, si bénignes parfois qu'elles passent tout-à-fait ignorées. La constitution antérieure du patient, ses habitudes, son degré plus ou moins prononcé de résistance à la maladie, modifient également la manière d'être de la diathèse. Vous avez donc à soigner non pas tant la maladie que le malade, et si l'iodure et le mercure ne conviennent pas, vous devez recourir à d'autres agents.

L'iodure de potassium se prescrit généralement en solution, à dose moyenne de 15 à 30 grains par jour. Quelques-uns recommandent de préférence de petites doses: 3 grains, par exemple, donnés trois fois par jour. En général, si les symptômes ne sont pas alarmants, les doses que je viens d'indiquer suffisent. Mais que surviennent des accidents sérieux, v.g. du coma ou des convulsions indiquant la présence de gommes intra-craniennes qu'il importe de faire résorber au plus vite, alors vous augmentez la dose et administrez 15, 20 ou même 30 grains d'iodure, de trois à cinq ou six fois par jour.

L'iodure de potassium se prescrit de préférence au moment des repas, immédiatement avant ou immédiatement après. Ici, nous l'administrons en solution aqueuse, associé à un amer quelconque, gentiane ou quassia, quand l'appétit semble faire défaut. Le lait constitue également un bon véhicule. Dernièrement, on a recommandé, comme tel, le sirop de groseilles qui aurait l'avantage précieux de masquer passablement bien la saveur désagréable du médicament.

Permettez-moi de vous dire en passant, messieurs, que la plupart des préparations de salsepareille, que vous voyez vantées à la quatrième page de nos journaux, doivent leurs propriétés thérapeutiques à l'iodure de potassium qu'elles contiennent et non pas à la salsepareille dont elles n'ont souvent que la saveur; aussi le vulgaire s'y laisse-t-il prendre souvent. Il y a quelque temps, un mien client, syphilitique avéré, auquel j'avais prescrit l'iodure refusa tout-à-fait de se conformer à ma prescription, disant que la potasse (?) ne lui allait pas, etc. Laissé à lui-même, il se jeta sur une salsepareille quelconque (de Bristol ou d'Ayer) et en éprouva un soulagement notable. Au fond il n'avait fait que prendre de l'iodure de potassium, mais sous une forme qui, tout en lui cachant la véritable nature du remède, semblait donner raison à des répugnances plus ou moins justifiées.

J'ai dit que les iodures ne conviennent pas au traitement du rhumatisme articulaire aigu, à ses deux premières périodes. En effet, l'iodure de potassium reste la plupart du temps inerte dans les cas où le pouls est accéléré, la température élevée, l'urine rare, les sueurs profuses. Il convient au contraire quand tous ces symptômes se sont amendés, et que la maladie est passée à sa troisième phase. Dans le rhumatisme sub-aigu, nous l'avons prescrit fort souvent, et la plupart

du temps avec avantage. La dose ne doit guère excéder 30 grains par jour. Le rhumatisme musculaire lui-même subit heureusement l'influence de l'iodure de potassium, donné à la dose indiquée ci-dessus.

Chez le vieillard qui occupe le No 3 de la salle St-Joseph, vous avez vu avec quelle rapidité se sont amendées les lésions pulmonaires sous l'influence de l'iodure d'ammonium administré à doses soutenues. Cet homme a souffert de pneumonie, s'il vous en souvient, et pendant quelques jours son état nous a donné d'assez vives inquiétudes. Suivant les indications de Bartholow, nous lui avons donné l'iodure d'ammonium dans le but d'empêcher la partie enflammée du poumon de subir la dégénérescence caséeuse. La résolution a été complète, comme l'a prouvé le retour du murmure respiratoire et de la sonorité normale. En même temps les matières expectorées ont été à la fois plus fluides et plus abondantes.

Chaque fois qu'il s'agit d'opérer la résorption de produits inflammatoires épanchés ou infiltrés, il est rationnel de songer aux iodures qui ont pour effet de favoriser cette résorption. C'est ainsi que vous m'avez vu, à plusieurs reprises, prescrire les iodures de potassium, d'ammonium et de sodium, plus particulièrement les deux premiers, dans la pleurésie avec épanchement, la pneumonie fibrineuse, les méningites anciennes, l'hémorrhagie cérébrale, l'hépatite interstitielle; c'est ainsi qu'on les donne encore dans la péricardite, l'orchite, la néphrite interstitielle chronique, le goître, la méningite tuberculeuse, etc. Dans ces cas, je crois préférable de donner l'iodure de potassium, et ce, à petites doses, soit 2 ou 3 grains, que l'on répète souvent, toutes les deux ou trois heures, afin que l'organisme subisse promptement l'influence du remède.

En général, plus l'épanchement sera fibrineux, plus facilement l'iodure le pourra faire résorber. Les épanchements séreux cèdent plus volontiers aux diurétiques et aux sudorifiques, e,t en beaucoup de cas, il sera nécessaire de recourir à l'aspiration. Ainsi, dans le cas d'un épanchement pleurétique de nature séreuse ou séro-fibrineuse, pour peu que le liquide existe en quantité un peu considérable, n'allez pas perdre votre temps à administrer les iodures. Vous en retirerez peu de profit, et une bonne dose de jaborandi ou l'aiguille de l'aspirateur vous sera bien autrement utile.

Enfin, vous m'avez vu prescrire l'iodure de potassium dans quelques cas de lésions plus ou moins chroniques des centres nerveux : la paralysie d'origine cérébrale et l'ataxie du mouvement. Quels résultats avons-nous obtenus de cette médication ? Rien de bien marqué, à coup sûr. Dans le cas de l'hémorrhagie, l'iodure agirait en favorisant la résorption des exsudats formés autour du caillot apoplectique ainsi que celle du caillot lui-même. Mais a-t-il réellement cet effet ? Dans l'ataxie, même indication de faire résorber. Mais il est une remarque qui a son importance et qui terminera cette leçon. C'est dans les affections nerveuses de nature syphilitique que les iodures rendent de véritables services. Cela est vrai plus particulièrement pour l'ataxie qui est si souvent de nature spécifique. Le médicament agit donc ici encore principalement en vertu de ses propriétés anti-syphilitiques et tous les auteurs s'accordent à le recommander dans les cas où la véritable nature d'une affection chronique n'est pas manifestement connue. L'iodure devient alors comme une véritable pierre de touche et justifie une fois de plus l'adage : *Naturam morborum curationes ostendunt.*

COMMUNICATION.

Messieurs les Rédacteurs,

Je concours pleinement dans les idées de vos deux correspondants du mois de mai. Les charlatans ne sont pas traités par les médecins de notre province comme ils mériteraient de l'être, et à ce sujet, la profession médicale en est rendue à un point qui est loin de lui faire honneur. Il y a pléthore, dit-on ; mais voyez donc les avocats, eux aussi souffrent de pléthore ; cependant, parmi eux, les choses vont mieux que parmi nous, quoique là non plus on ne soit pas encore parvenu à l'idéal.

Dans chaque localité où il y a une cour, il y a pour le barreau un bureau chargé de recevoir les plaintes et ayant droit de punir et même de suspendre ceux qui prostituent leur profession. Pourquoi n'aurait-on pas quelque chose de semblable pour les médecins ? Mais pour cela il faudrait se voir et s'entendre. Dans Ontario, il y a dans chaque ville et presque dans chaque comté une société médicale ; pourquoi n'aurait-on pas la même chose ici ? Il n'y a, que je sache, qu'une seule société médicale parmi nous, Canadiens-Français, c'est celle de Montréal. C'est regrettable, car on sait tout le bien que produisent ces réunions où chacun apporte son contingent de connaissances et d'expérience.

Un de vos correspondants parle de faire adopter une loi contre les médicaments patentés ; ce ne serait que juste, mais la chose est peut-être un peu difficile, car si le peuple *adore ses charlatans* et leurs drogues, il en est aussi de même, je crois, de la députation prise comme corps. Cette objection n'existe pas à propos de la gouverne des médecins entre eux, car enfin nous devons être libres de faire passer des lois qui ne regardent que nous seuls.

Je connais des médecins qui sont assez peu soucieux de leur honneur pour fournir des calmants à des patients actuellement sous les soins de rebouteurs. D'autres, animés d'une charité de mauvais aloi, prodiguent leurs soins, *pour rendre service*, à des gens qui leur *rient au nez*.

M'est avis que si nous avons des charlatans, des rebouteurs, des dentistes vendeurs d'onguents, des pharmaciens *qui soignent* et des orthopédistes barbiers, la faute en est à nous.

RÉFORME.

Mai 1885.

Traitement du sycosis.—HEBRA a beaucoup recommandé la formule (modifiée) de Wilkinson contre le sycosis :

P.—Soufre sublimé, Huile de cade, de chaque, 2 drachmes ; Savon mou, Axonge, de chaque, 1 once ; Craie préparée, 2½ drachmes.

On rase d'abord les poils sur l'endroit affecté et tout autour. Après quoi, au moyen d'un onguent simple, on enlève soigneusement les gales et les croûtes. Au bout de vingt-quatre heures, on savonne et on rase (au rasoir) la partie puis on applique l'onguent ci dessus. Un morceau de flanelle et un bandage terminent le pansement que l'on change tous les jours, ayant soin, à chaque fois, d'enlever tout l'onguent de l'application précédente, d'arracher les poils qui repoussent et d'exprimer le pus des pustules. On continue ainsi tant qu'il se forme de ces pustules.—*Analectic.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Du pneumothorax.—Clinique de M. le docteur Duguet à l'hôpital Lariboisière.—Beaucoup d'entre vous ont pu examiner un malade âgé de 16 ans qui se trouve, en ce moment, couché au numéro 33 de la salle St-Joseph. Il était déjà depuis quelque temps dans notre service pour une tuberculose pulmonaire, lorsqu'un soir M. Feulard crut trouver un pneumothorax partiel supérieur. Le lendemain matin, bien que j'aie depuis longtemps une répugnance assez grande à accepter un diagnostic semblable, sachant par expérience qu'il ne s'agit toujours que d'une caverne, je fus néanmoins de l'avis de mon interne pour les raisons suivantes : la région située au-dessous de la clavicule gauche ne présentait pas cette dépression signalée dans les cas de cavernes; de plus, il existait, outre un affaiblissement des vibrations thoraciques, une sonorité tympanique considérable qui ne ressemblait nullement au bruit de pot fêlé, et un bruit d'airain d'autant plus manifeste que l'on se rapprochait du sommet de la poitrine; d'ailleurs, la respiration était amphorique, et le retentissement de la voix et de la toux avait le timbre particulier. Eh bien! malgré la présence de tous ces signes, nous étions cependant dans l'erreur. Le malade, en effet, étant mort trois semaines plus tard voici ce que nous trouvâmes à l'autopsie. Tout d'abord, après avoir piqué avec un bistouri la paroi thoracique, préalablement amincie, au niveau du troisième espace intercostal, je constatai, à ma grande stupéfaction, qu'il ne sortait rien. Continuant alors nos recherches, nous trouvâmes une caverne qui occupait tout le lobe supérieur du poumon. Quant au reste du poumon, il va sans dire qu'il était ravagé par la tuberculose.

En 1877, M. Vulpian a observé, à la Charité, chez une femme de 25 ans, des phénomènes analogues sous la clavicule droite. C'étaient de la sonorité exagérée et du bruit d'airain. C'était le retentissement particulier de la voix et de la toux; tous signes qui, par conséquent, auraient pu faire penser à un pneumothorax partiel supérieur si le bruit de pot fêlé n'avait suffi, à lui seul, pour faire rejeter ce diagnostic. De ces faits, il s'ensuit que le pneumothorax partiel supérieur est une rareté chez les tuberculeux, par la raison bien simple, très probablement, que c'est justement au sommet que se produisent les tubercules qui amènent des adhérences avec la plèvre.

Si je n'ai pas vu de pneumothorax partiel supérieur, j'ai eu, par contre, la bonne fortune de rencontrer un pneumothorax partiel inférieur latéral. C'était à l'hôpital Laënnec, chez un homme de 23 ans. Il présentait, à la base gauche, de la sonorité, une respiration soufflante et du retentissement métallique de la voix et de la toux, sans bruit d'airain et sans gargouillement. A l'autopsie, j'ai trouvé une cavité assez volumineuse renfermant de l'air et quelques cuillerées de pus. Pas besoin n'est, du reste, d'aller si loin. Au numéro 22, en effet, nous avons été à même d'observer les progrès d'un pneumothorax gauche, autant toutefois que cette affection peut se compléter chez un tuberculeux, car il n'y a guère que le pneumothorax consécutif à l'emphysème pulmonaire qui puisse devenir total.

Infiniment plus fréquent chez l'homme que chez la femme, le pneumothorax se montre entre 20 et 40 ans. Quant au côté qu'il occupe de préférence, les statistiques suivantes vont vous en faire juges. Hill, sur 6 cas, en a rencontré 5 à gauche et 1 à droite. Les auteurs du compendium, 50 à gauche et 25 à droite. Béhier conclut que le pneumothorax est plus fréquent à gauche qu'à droite. Woillez, sur 8 cas, en a trouvé 3 à gauche et 5 à droite; et moi, 8 à gauche et 12 à droite. Que conclure de tout cela? Absolument rien, puisque les uns disent blanc, tandis que les autres disent noir.

Maintenant, une fois développé, le pneumothorax donne lieu à une douleur de côté et à une dyspnée considérable qui, dans certains cas, a l'air de menacer le malade de mort.

Il en est donc qui succombent d'emblée; ceux qui, par exemple, ont l'autre poumon infiltré de tubercules. Plusieurs ne vivent que quelques heures, quelques semaines. Enfin on a signalé le cas d'un individu qui aurait vécu trois ans et demi.

La situation devient donc intéressante à étudier au point de vue du pronostic. Que la fièvre, au bout de quelques jours, vienne à tomber, et que du liquide se produise dans la plèvre, voilà des conditions qui permettront au malade de guérir. Mais si, par malheur, la fièvre s'allume, l'appétit disparaît, la toux et l'expectoration deviennent abondantes et le liquide fait défaut, vous vous trouverez en présence d'un cas déplorable.

De quelle manière se termine donc un pneumothorax? Ou bien le malade est emporté par la dyspnée, ou bien encore par une syncope. Dans d'autres circonstances, on peut voir le dénouement fatal provenir d'un deuxième pneumothorax. C'est, du reste, ce qui m'est arrivé en 1877 à Laënnec où, au bout de 42 jours, un malade atteint de pneumothorax fut pris tout d'un coup d'une oppression considérable, et mourut en 12 ou 15 minutes. A l'autopsie, il me fut donné de voir non seulement un pyopneumothorax gauche, mais encore, du côté opposé, une cavité pleurale remplie d'air. Le malade peut encore être emporté par une hémorrhagie abondante comme vous venez d'en avoir un exemple au numéro 25 de la salle St-Vincent, chez un cocher atteint d'un pneumothorax droit qui durait déjà depuis trois mois et demi. Qu'avons-nous donc trouvé à l'autopsie? Une caverne considérable qui communiquait, d'une part avec les bronches, et d'autre part avec la cavité pleurale, et qui offrait, sur ses parois, un anévrysme d'une branche de troisième ordre de l'artère pulmonaire dont la rupture avait été la cause d'une hémoptysie. Le plus souvent, toutefois, c'est par le fait d'une asphyxie lente, d'une cachexie que le malade succombe, parce que les tubercules envahissent non seulement le poumon qui est compromis, mais encore celui qui est sain.

Si le plus grand nombre des tuberculeux atteints de pneumothorax meurent, je crois cependant qu'il en est qui survivent. A cet égard, permettez-moi de vous citer un cas de guérison spontanée observé en 1882, ici même. C'était le 22 mai; je reçus au numéro 15 de la salle St-Vincent un homme de 34 ans, employé dans une compagnie d'assurance, qui m'avait été envoyé par un médecin de la ville sous la rubrique pneumothorax. Voici ce que ce malade nous raconta. Le 1er mai, en descendant d'omnibus, il fut subitement saisi d'un point de côté et d'une dyspnée si violente, qu'on fut obligé de le porter dans une pharmacie où, quelques minutes après, il reprit ses sens. Le soir même, le médecin

constata l'existence d'un pneumothorax. A son arrivée à l'hôpital, cet homme qui pouvait faire tous les mouvements sans aucun essoufflement, présentait sous la clavicule gauche une voussure. Les vibrations thoraciques étaient nulles. Il existait, à la percussion, de la sonorité tympanique et du bruit d'airain, et, à l'auscultation, une respiration amphorique avec retentissement de la voix et de la toux. Quant à l'état général, il était on ne peut plus parfait. Le thermomètre marquait 37°, et l'appétit était excellent. Le 5 juin, nous pûmes constater un bruit de flot manifeste, et le 16 du même mois le malade, n'y tenant plus, s'en alla reprendre ses affaires sans être aucunement inquiété. Quand la guérison se fit-elle ? je n'en sais rien. Quoi qu'il en soit, le malade étant revenu en 1883 pour une éruption syphilitique, nous constatâmes qu'aucune différence n'existait entre les deux côtés du thorax. En 1884, je le revis pour du tremblement acoolique, et ne découvris encore rien. De quelle nature était donc ce pneumothorax ? De deux choses l'une : ou il devait son origine à la rupture d'une alvéole pulmonaire, ou il provenait d'un tubercule sous-pleural ignoré. De l'emphysème, je n'en ai jamais trouvé trace, et puis, dans ce cas, il est très probable que nous n'aurions eu seulement que de l'air dans la cavité pleurale. Comme il y a eu du liquide, et que le malade présente dans ses antécédents une sœur ayant succombé à la phthisie, je me rallierai volontiers à la seconde hypothèse, bien que, maintenant encore, il n'y ait aucun signe de tuberculose pulmonaire.

Maintenant, en présence d'un pneumothorax, qu'avons-nous à faire ? Au début, la douleur est calmée, soit par des ventouses scarifiées, soit, comme le fait M. Jaccoud, par un sachet de glace, soit enfin par des injections de chlorhydrate de morphine qui agissent aussi sur la dyspnée. Plus tard, lorsque les malades sont menacés d'asphyxie, il faut faire une ponction. Enfin, il est des cas dans lesquels on peut provoquer la guérison. Woillez est le premier qui montra que tout individu atteint d'un pyopneumothorax tuberculeux n'est pas fatalement condamné à mort. En 1853 il apporta à la Société médicale des hôpitaux sept cas de guérison obtenue par la thoracentèse. Citons entre autres deux cas qui offrent un intérêt remarquable. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 32 ans atteint d'une pyopneumothorax gauche qui, au bout de 20 jours, fut guéri. Le second a rapport à une femme de 26 ans dont le pneumothorax droit, au bout de 4 mois et demi, contenait une telle quantité de liquide qu'il fallut l'enlever au moyen d'une thoracentèse. Deux mois après, on refit une seconde thoracentèse, et la malade guérit.

Cela n'a du reste rien qui doive vous étonner. Au numéro 18 d'une de nos salles, repose un homme de 27 ans dont le pneumothorax, au début, nous inspira les craintes les plus grandes. Depuis, et peu à peu, les accidents ont disparu, de sorte qu'aujourd'hui c'est un individu qu'on ne reconnaîtrait pas. Je lui ai pourtant retiré en une seule ponction 1,300 gr. de liquide, et je compte bien un jour lui enlever le reste. Tels sont les points particuliers sur lesquels je voulais attirer votre attention aujourd'hui.—*Praticien.*

Traitement de la migraine. — Il y a seulement quelques années qu'on a considéré l'estomac comme étant l'origine fréquente de cette névrose. Encore aujourd'hui, beaucoup de médecins considèrent les troubles gastriques comme un effet et non comme une cause.

Le Dr H. HUGHES, professeur des maladies du système nerveux au Collège médical de Saint-Louis, a publié sur ce sujet une série de leçons destinées à montrer la véritable nature de la maladie. D'après lui, la migraine serait tout simplement la protestation du cerveau surmené; il y aurait disproportion entre la dépense et la réparation. Elle peut sans doute être produite par d'autres causes, mais la tendance congénitale à l'affaiblissement lorsqu'il existe un travail exagéré du côté des nerfs vaso-moteurs du cerveau et la production d'un effort sont les deux facteurs essentiels pour qu'une attaque de migraine se produise. Les influences sympathiques d'une attaque s'étendent jusqu'à l'estomac; il y a souvent des nausées et des vomissements et parfois de la diarrhée. Les nausées tiennent aux accidents céphaliques. Parfois les vomissements se prolongent et la migraine cesse avant eux. Dans le traitement de la migraine, le médecin veillera surtout à ce que le malade garde un repos absolu dans l'obscurité; des lotions fraîches de la tête sont utiles. L'hyperesthésie aurale indique qu'il faut, autant que possible, tenir le malade loin du bruit. Durant l'attaque, les bromures sont toujours utiles quand l'estomac peut les supporter. Il est bon, pour faciliter leur administration, de les donner avec la menthe poivrée et un peu de créosote. Ce sont d'excellents médicaments contre le malaise et l'agitation qui acompagnent l'attaque. M. Hughes ne parle pas de l'huile éthérée de menthe à l'extérieur; elle répond cependant bien à une partie des indications qu'il formule.—*Therapeutic Gazette.*

Du chlorure de méthyle contre l'élément douleur dans des affections diverses.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. TENNESON apporte le résumé de 37 observations relatives à l'emploi du traitement de M. Debove contre l'élément douleur dans des affections diverses qui se décomposent ainsi :

Névralgie sciatique	10
Rhumatisme musculaire	11
Rhumatisme articulaire aigu ou subaigu, localisé	5
Rhumatisme articulaire chronique	2
Contusion articulaire	1
Douleurs ostéo-périostiques des tuberculeux	1
Points de côté de la tuberculose pulmonaire	3
Points de côté de la pleurésie purulente	1
Points de côté de la pneumonie lobaire	3
Total	37

Sur les 10 cas de sciatique, 7 fois la guérison de la douleur fut immédiate et complète. La maladie datait de huit jours à trois mois. Dans un de ces cas il y eut récidive, à Vincennes; une nouvelle application du jet enleva aussitôt les douleurs comme la première fois.

Chez un huitième malade, dont le travail était empêché depuis deux ans et demi, qui avait suivi plusieurs traitements et dépensé, dit-il, deux cents francs en frictions diverses, la guérison de la douleur fut immédiate et complète dans toute la hauteur du membre, excepté son talon, où l'épaisseur de l'épiderme exigea plusieurs emplois du siphon.

Dans deux cas, résultat imparfait; il fallut plusieurs applications du jet qui produisirent chacune un soulagement notable.

Les 11 cas de rhumatisme musculaire occupaient des régions diverses, plusieurs étaient très douloureux; neuf fois la guérison des douleurs fut immédiate et complète; chez deux malades, il fallut deux applications de jet.

Dans 5 cas de rhumatisme articulaire aigu ou subaigu localisé, la guérison des douleurs fut immédiate et complète, les mouvements restant limités bien entendu par l'épanchement synovial et l'œdème inflammatoire périarticulaire. Chez une femme portant aux deux mains et à un haut degré les déformations du rhumatisme noueux, qui souffrait depuis huit ans et dont les douleurs étaient vives depuis trois mois, la disparition des douleurs fut immédiate; cette femme ne souffre plus quant à présent, mais reste infirme.

Un homme jeune encore, atteint de rhumatisme chronique du genou gauche, ne peut plus travailler depuis un an et demi; les douleurs sont devenues tellement vives que la pression du genou contre le matelas ne peut être supportée; l'articulation est déformée. Après une application du jet, la guérison des douleurs est immédiate et complète; le malade peut marcher de suite et sans souffrances, et depuis plus de trois semaines, il n'y a pas eu de récidive.

Un homme qui avait fait une chute d'un lieu élevé avait le genou et surtout l'épaule droite fortement contusionnés; après une application du jet, la guérison fut immédiate et complète: le malade put de suite marcher et exécuter sans douleur avec le bras les mouvements de circumduction les plus étendus.

Chez un tuberculeux de M. Tenneson, des douleurs vives, de nature probablement ostéo-périostique, occupaient le sacrum et rendaient le décubitus dorsal impossible. Après une application du jet, la disparition des douleurs fut immédiate et complète; elles ne se sont pas reproduites jusqu'à la mort du malade, qui survint quelques semaines plus tard.

M. Tenneson a attaqué enfin 7 points de côté avec le chlorure de méthyle, trois dans la tuberculose pulmonaire, un dans la pleurésie purulente, trois dans la pneumonie aiguë lobaire, franche. Dans tous les cas, la guérison du point de côté fut immédiate et complète. Deux fois le point de côté se reproduisit quelques jours après et fut enlevé aussi aisément. Produire une réfrigération de 23 degrés sur la poitrine d'un pneumonique pourra sembler audacieux; pourtant les trois pneumonies ont guéri dans le temps voulu, sans incident et sans traitement.

M. Tenneson dit quelques mots des accidents imputables à la médication si brillamment inaugurée par M. Debove.

Au début de ses essais, il a produit plusieurs fois la vésication et l'escharification superficielle du derme. Pour éviter ces accidents, il ne faut pas prolonger l'action du jet plus de cinq ou six secondes; il faut aussi avoir soin de ne pas diriger le premier jet perpendiculairement à la peau. Ce premier jet perpendiculaire produit une dépression cupiliforme dans la peau blanchie et congelée; c'est là surtout que se développe la phlyctène ou l'eschare.

Chez quelques malades, M. Tenneson a vu une hyperesthésie très vive de la peau persister pendant plusieurs jours.

Dans tous les cas, l'érythème dure plusieurs semaines; il est important d'être prévenu du fait pour certaines régions, chez certains sujets.

Un certain degré de pigmentation de la peau peut aussi succéder à l'action du chlorure de méthyle.—*Praticien.*

Traitement de l'anorexie des hystériques ; par M. le professeur CHARCOT.—Il ne sera pas question des agents physiques, le traitement psychique étant de beaucoup plus important. C'est dire que le médecin a besoin d'une grande autorité sur l'esprit de ses malades, et qu'il doit imposer l'obéissance quand il n'a pas réussi par la persuasion. Dans ce dernier cas, l'isolement est le plus souvent une mesure nécessaire, et il faut commencer par les éloigner de leur famille et surtout de la mère.

L'exemple suivant est très instructif à cet égard. Une jeune fille de quatorze ans, refusant de manger, M. Charcot prescrivit l'isolement.

On l'emmena bien à Paris, mais le conseil ne fut suivi qu'en partie, la mère ne comprenant pas qu'un médecin pût lui ordonner de quitter son enfant malade.

Celle-ci continua de refuser toute nourriture, et en face du danger imminent qu'elle courait, on vint prier M. Charcot d'intervenir.

Il trouva une fille arrivée au dernier degré d'émaciation, dans un état squelettique, la peau froide, les muqueuses violacées, la tête affaissée sur la poitrine. Ayant fini par obtenir des parents qu'ils s'en iraient, ou du moins qu'ils le feraient croire à leur fille, il déclara à celle ci qu'il fallait obéir.

Ce jour-là même, elle commença à manger un biscuit trempé dans du vin, et qu'elle demanda elle-même. Au bout de trois semaines, alors qu'elle ne pouvait encore se lever ni soutenir sa tête, on commença l'hydrothérapie. Après deux mois, elle était sur pied, et après trois mois elle s'en allait guérie.

M. Charcot lui fit avouer le motif de son obstination. " Je savais, dit-elle, que vous aviez ordonné de m'envoyer seule à Paris. En voyant que mes parents n'en faisaient rien, j'ai pensé qu'il n'y avait aucun danger et qu'on cherchait seulement à m'effrayer. Mais quand je les ai vus s'éloigner, j'ai compris que mon état pouvait être grave, puisqu'ils obéissaient au médecin, et je me suis alors efforcée de manger."

Ces malades n'ont pas faim, la nourriture leur répugne. Il y a d'abord chez eux résistance à la dénutrition, puis amaigrissement extrême. A une période d'excitation, pendant laquelle ils vont et viennent fiévreusement, succède une période de torpeur. Ils n'ont plus alors la force de rester debout, ni même de soutenir leur tête qui tombe de côté et d'autre. Le corps devient froid, cyanosé, et cet état se termine par la mort, comme M. Charcot l'a vu quatre fois, si on n'intervient pas énergiquement.—*Journal de la Santé publique.*

Du traitement rationnel de l'affection furonculeuse. (1) — Nous devons examiner le cas où le furoncle se présente à l'état isolé, et celui où il se développe à l'état d'éruption, c'est-à-dire la furonculose. Tout d'abord si nous devons chercher à faire avorter le furoncle, nous devons avec tout autant d'attention ne pas favoriser le développement de nouveaux furoncles. On pensait autrefois et bien des personnes pensent encore que les cataplasmes sont d'excellents topiques, soit pour faire avorter le furoncle, soit pour hâter sa maturation. Mais les cataplasmes n'ont jamais été capables d'arrêter la marche des furoncles ; et si, surtout lorsqu'ils sont chauds, ils les font arriver plus vite au terme ultime de leur développement, il faut bien savoir, comme nous l'avons déjà

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de juin.

fait observer, qu'ils sont le plus souvent les propagateurs des parasites et qu'ils favorisent le développement de nouveaux furoncles. Les émollients locaux devront donc être rejetés. " La chaleur et l'humidité qu'ils apportent, dit avec raison Lœwenberg, ne sauraient servir qu'à activer le développement des parasites. Les substances organiques qu'ils renferment leur fournissent un aliment de plus." Il serait surtout nuisible d'appliquer des cataplasmes lorsque les furoncles sont ouverts ou qu'ils sont sur le point de s'ouvrir, car les parasites mêlés au pus se répandraient beaucoup plus facilenent sur la peau.

Les bains simples ou émollients pourraient paraître bons en ce sens qu'ils calment la douleur; mais ils ne la calment que pendant l'immersion; en outre ils ont le même inconvénient que les cataplasmes, lorsque les furoncles sont ouverts, parce qu'ils répandent le pus et les parasites sur la peau.

Si nous avons particulièrement insisté sur les cataplasmes et les bains, c'est dans le but de détourner les médecins de leur emploi. Nous ne ferons guère que signaler les autres moyens employés et qui ne paraissent guère efficaces, pour arriver à ceux qui doivent être employés de préférence.

La compression doit être rejetée, car en l'employant c'est renfermer le loup dans la bergerie. La saignée générale ne peut agir contre une affection parasitaire localisée à la peau. Il est facile de comprendre qu'elle n'agirait pas plus dans le cas de furoncle que dans le cas de teigne ou de gale. La saignée locale, ou l'incision prématurée serait efficace, si l'on était sûr par ce moyen de donner issue à tous les parasites; de plus, elle constitue une plaie et, raison majeure, n'avons-nous pas dit que nous devions chercher à éviter l'incision. Or ce serait un bizarre moyen d'éviter l'incision que celui de la pratiquer.

Les vésicatoires produiraient certainement une résolution utile, mais ils sont douloureux. Le diachylon, les emplâtres et les pommades, s'ils calment un peu la douleur à cause des substances qu'ils contiennent, ne peuvent être considérés comme des abortifs. Il en est de même des moyens réfrigérants

Arrivons de suite aux médicaments parasiticides qui doivent être seuls considérés comme de vrais abortifs; mais cherchons parmi ceux-ci quels sont ceux qui occasionnent le moins de douleur.

Startin employait le nitrate acide de mercure qu'il appliquait sur le furoncle ou l'anthrax dans une étendue en rapport avec ces deux tumeurs, et il en aurait toujours recueilli de bons résultats. Le nitrate acide de mercure agit d'abord par vésication, puis il pénètre les tissus par endosmose et finit par les détruire. Peter Eade substitua l'acide phénique au médicament précédent. Il emploie une solution très concentrée qu'il applique, après avoir entamé la peau avec un caustique, pour faciliter son action. Ces deux moyens sont certainement rationnels, mais ils ont l'inconvénient d'être par trop douloureux. Il en est de même de la potasse caustique.

La teinture d'arnica a été employée avec succès; mais il est à croire que ce qu'il y avait de plus actif dans ce moyen, c'était assurément l'alcool. Cette réflexion nous servira de transition pour arriver aux moyens que M. Gingeot semble préférer, nous voulons parler de l'alcool camphré et de la teinture d'iode.

L'alcool est en effet un des meilleurs topiques à employer contre

les éruptions furonculeuses. Le camphre étant aussi un parasiticide pourra être associé à l'alcool. Différentes méthodes d'application ont été proposées; nous croyons qu'il est inutile d'y insister. Il suffit en effet de l'appliquer, que ce soit d'une façon ou d'une autre. Le plus simple serait de mettre sur le clou une petite plaque d'ouate que l'on collerait sur la circonférence de celui-ci, au niveau de la peau saine, et de l'imbiber plusieurs fois par jour avec de l'alcool camphré et de recouvrir ensuite avec un taffetas gommé pour éviter l'évaporation. Il paraît que lorsque ce traitement est appliqué dès le début, la guérison sans production de pus est la règle; mais si le mal est plus avancé, l'effet abortif est moins manifeste.

La teinture d'iode est d'une application beaucoup plus simple et paraît beaucoup mieux réussir. Il faut badigeonner la tumeur furonculeuse et laisser sécher. Un seul badigeonnage suffit à faire avorter les clous même avancés et à les juguler encore plus sûrement que l'alcool camphré. Il sera bon néanmoins de faire plusieurs badigeonnages par jour et plusieurs jours de suite. On comprend tout l'avantage qu'on peut retirer de l'emploi de la teinture d'iode à cause de son application si simple. Mais si la teinture d'iode est un excellent moyen pour faire avorter les clous, il faut bien dire qu'on ne peut l'employer sans inconvénient dans tous les points du corps. Par exemple on ne pourra pas l'appliquer sur le bord des paupières, dans le cas d'orgeolets, dans le nez et les oreilles, dans le cas de furoncles de ces régions; quel médicament faudra-t-il donc employer ? Lœwenberg a recommandé de se servir dans ces cas d'une solution concentrée d'acide borique (on l'emploie tiède, pour qu'elle tienne plus d'acide borique en solution) et de laver les régions atteintes de furoncles avec cette solution saturée.

Tels sont les moyens à employer pour faire avorter les furoncles naissants, les furoncles isolés. Quels sont ceux qu'il faudra employer contre la furonculose ?

Ici encore il faudra s'inspirer de la nature parasitaire de l'affection. Il faudra chercher à détruire les parasites et les empêcher de se propager, d'envahir la surface de la peau. Il est certain qu'en agissant sur des furoncles isolés, on agit du même coup sur la furonculose. Mais il est souvent bien difficile d'empêcher le développement de nouveaux furoncles.

On devra, d'une part, pour arriver à ce but, agir en grand sur la peau, c'est-à-dire agir sur toute la surface du corps. On prescrira alors des ablutions avec la solution boriquée. Ou bien, comme Kaposi le recommande, on prescrira des bains d'alun et de soude (1 kilogramme par bain) ou encore des bains de sublimé (10 grammes.) Ces substances agissent comme parasiticides. Dans le même but, M. Gingeot recommande les bains sulfureux.

Mais, d'après cet auteur, si ces moyens extrêmes sont excellents, ils sont insuffisants. En effet, l'eau ne peut pénétrer dans l'intérieur des follicules, la paroi de ces follicules étant grasse. Aussi pense t-il que la médication interne sera utile aussi. Il s'agira alors de faire prendre aux malades des substances qui, s'éliminant par les glandes cutanées, viendront agir de cette façon sur les parasites qu'elles contiennent et les détruire. Les médicaments qu'il sera bon d'employer sont l'hyposulfite de soude et les eaux sulfureuses; mais ce sont les préparations sulfureuses artificielles qu'il sera préférable d'employer.—*Revue médicale.*

De l'albuminurie diphthéritique et scarlatineuse.—On sait que l'albuminurie est une complication très fréquente de la diphthérie et de la scarlatine, et qu'elle est aussi fréquente, probablement même plus, dans la première que dans la dernière de ces maladies. Il en est peu, cependant, qui se demandent s'il y a quelque différence dans les conditions immédiates qui, dans les deux cas, sont le point de départ de cette albuminurie. Il est généralement compris que dans la scarlatine, l'albuminurie est le résultat d'une néphrite, et nous croyons que la plupart des médecins assignent la même cause à l'albuminurie diphthéritique. Cependant, il n'est pas nécessaire d'examiner les faits bien attentivement pour se convaincre qu'il y a d'importantes différences entre la manière d'être de ces deux albuminuries. On sait, par exemple, qu'il est bien rare de rencontrer de l'urémie ou de l'hydropisie (d'origine rénale) dans la diphthérie.

Au cours de quelques remarques faites devant la *Société médicale de Berlin*, SENATOR a attiré l'attention sur ces différences. Suivant lui, l'albuminurie de la diphthérie est de nature congestive, non associée à des phénomènes inflammatoires du côté du rein, à moins cependant que la congestion ne persiste pendant très longtemps, et alors nous avons en outre ce que l'on appelle de la néphrite congestive ou induration cyanotique. Cette congestion peut se produire de deux manières ; d'abord par suite de la propagation du processus diphthéritique au larynx, ce qui a pour effet d'amener une hypérémie passive générale dont les reins prennent amplement leur part; ou bien, dans les dernières phases de la maladie, par suite de la paralysie du nerf vague et l'asthénie cardiaque. Cette congestion est souvent associée à l'œdème des extrémités inférieures, lequel est également favorisé par l'anémie qui se montre à cette période. Il est rare que, dans la scarlatine, l'albuminurie soit produite par de semblables causes.

Une autre forme, associée à la diphthérie, peut être appelée infectieuse albuminurie fébrile. Elle se montre fréquemment, au début de la maladie, ou quand le mal de gorge est le plus intense, et ne s'accompagne d'aucun autre symptôme de néphrite, tel que la présence de sang, de leucocytes ou d'épithélium dans l'urine. Quelquefois, à la vérité, on trouve des cylindres hyalins, mais ils n'indiquent pas nécessairement l'existence d'une inflammation. Cette albuminurie peut être comparée à celle qui accompagne la période d'acme des autres processus fébriles, disparaissant avec le déclin de la fièvre. Après la mort, on ne retrouve pas de lésions dans le rein, ou s'il y en a, elles se bornent à une infiltration trouble de l'épithélium, comme on en voit souvent dans l'albuminurie.

Il y a encore une troisième forme d'albuminurie diphthéritique, qui n'est ni congestive, ni infectieuse-fébrile, mais qui est due à une légère néphrite différant des cas ordinaires de néphrite scarlatineuse en ce que les altérations pathologiques sont légères ainsi que les symptômes. Dans cette forme de néphrite les lésions interstitielles et vasculaires, de même que celles des capsules de Malpighi sont beaucoup moins prononcées que dans la néphrite scarlatineuse, et, bien qu'à la vérité la néphrite puisse être parfois plus intense et se présenter avec des symptômes plus marqués, il faut cependant admettre que c'est rare.

Dans ses remarques au sujet de la communication de Senator, M. le

prof. HENOCH a fait observer que, suivant lui, l'albuminurie diphthéritique que Senator rapporte à la congestion asphyxique est la forme la plus rare, et que les cas où l'albuminurie se montre ne sont souvent accompagnés d'aucun degré de fièvre grave. Il prétend que l'albuminurie diphthéritique est presque toujours le résultat de l'infection et doit être réunie au groupe des néphrites infectieuses, et cela, en dépit du fait que Weigart et Furbringer n'ont pas encore réussi dans ces cas à découvrir de bactéries dans le rein.—*Physician and Surgeon.*

Les lavements chauds à l'acide tannique dans le choléra.—Cette méthode a été préconisée par le professeur Arnaldo CANTANI (de Naples). Son but est de changer en réaction acide la réaction alcaline du contenu de l'intestin; d'après lui, l'acidité s'opposerait à la prolifération du bacille en virgule. L'auteur a expérimenté avec l'acide chlorhydrique et l'acide tannique. Il a eu de bons résultats avec le tannin dans les cas de catarrhe intestinal aigu et chronique, dans les ulcérations et la dysenterie infectieuse. Il administre donc son médicament dans les cas de diarrhée prémonitoire et de choléra confirmé. Il a obtenu une centaine de succès pendant l'épidémie de Naples. Selon lui, la pratique générale de sa méthode au début de la diarrhée cholériforme aux époques d'épidémie arrêterait, dans la grande majorité des cas, le développement d'une attaque grave. Voici la formule qu'il emploie:

Eau chaude.....	2000 grammes
Acide tannique	5 à 10 grammes.
Gomme arabique.....	50 grammes.
Laudanum.....	30 à 40 gouttes.

Ce lavement est donné à l'aide d'un irrigateur puissant, placé à la hauteur de 3 ou 4 mètres. Au lieu d'eau bouillante, on peut employer une infusion de camomille. Un seul lavement à la température de 38° C. arrête la diarrhée. Si les selles cholériques existent déjà; elles s'arrêtent ordinairement au bout de huit à douze heures, 4 à 5 lavements produisent, dans les cas graves, une amélioration extrêmement marquée.

L'excrétion urinaire revient, le sang est moins épais, le stade fébrile se développe sans symptômes typhoïdes, il n'y a pas d'algidité. L'auteur pense que les qualités astringentes du liquide injecté combattent efficacement la paralysie des vasomoteurs intestinaux. Les selles prennent une réaction acide après les lavements; c'est là un fait d'une grande importance. Le médicament agit par suite de son action sur les bacilles Il est facile de le démontrer par les cultures sous l'influence du tannin; les microbes ne sont pas tués, mais leur prolifération est arrêtée, et ils perdent leurs mouvements pendant vingt-quatre à trente-six heures.—*Paris médical.*

Lotions au sulfure de potasse, par Pierre VIGIER.—Le sulfure de potasse est un médicament précieux, mais il a le grave inconvénient de sentir mauvais. Cette odeur de *Barèges* ou d'œufs pourris est insupportable à bien des gens. Le moyen le plus certain de l'atténuer et même de la rendre agréable, c'est d'ajouter autant de teinture de benjoin qu'il y a de sulfure employé. Ainsi une solution composée de 1 gramme de sulfure de potasse, 1 gramme de teinture de benjoin pour 100 grammes d'eau distillée dégage un parfum se rapprochant beaucoup de la fleur d'acacia.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'Uréthrotomie.—Clinique de M. le Dr TILLAUX à l'Hôtel-Dieu. —Un conseil d'abord: quand il s'agit de sonder un homme qui urine mal ou qui croit avoir un rétrécissement, il faut employer une sonde de calibre ordinaire pour la première exploration. La cystite du col de la vessie peut être, en effet, une cause d'erreur, les symptômes étant à peu près identiques à ceux du rétrécissement. Il est arrivé ici qu'une grosse sonde entrait toute seule chez des malades qu'on se disposait à opérer.

Pour que les accidents du rétrécissement se produisent, il n'est pas non plus nécessaire que le canal soit à peu près complètement oblitéré. Les abcès et les fistules peuvent se montrer alors qu'un instrument de deux millimètres passe encore. Il ne faut pas croire que les accidents soient en rapport avec le degré du rétrécissement.

Messieurs, parmi les procédés dirigés contre le rétrécissement je ne vous parlerai ni de la divulsion qui consiste dans l'emploi d'un instrument qui dilate et déchire les parois du canal sans les inciser, ni du cathétérisme forcé qui avait précédé la divulsion et que Mayor, son auteur, pratiquait avec des bougies d'étain; il les introduisait avec une force qu'il compare à celle qu'un ouvrier déploie pour enfoncer un poinçon dans du cuir trop dur.

L'uréthrotomie externe se pratique dans les cas où l'on ne peut introduire aucune bougie et où il existe des fistules. Faite sans conducteur elle est de date ancienne, elle vient des Arabes et peut être de plus loin.

L'uréthrotomie avec conducteur est due à Syme, d'Edimbourg, en 1844; elle fut acceptée par Thompson et beaucoup de chirurgiens anglais. Elle trouve son indication dans les cas de rétraction fibreuse considérable, où il faudrait de grandes incisions comme Reybard les faisait, incisions qui exposent à l'infiltration d'urine; dans ces cas, l'uréthrotomie interne ne réussirait pas.

Il semblerait, messieurs, que cette dernière opération soit de date récente, au dire de beaucoup d'auteurs, il n'en est rien.

Du temps d'Ambroise Paré, on s'imaginait que le rétrécissement était dû à la saillie du canal, à des carnosités, comme on les appelait, tandis qu'en réalité ce sont des dépôts plastiques situés à la face profonde de la muqueuse, dans l'épaisseur des parois du canal. A. Paré se servait donc d'une lime pour détruire ces saillies. Un chirurgien, Turquet de Mayern, guérit ainsi Henri IV d'une rétention d'urine, mais la Faculté défendit à tous les médecins de se trouver en consultation avec ce chirurgien, qui fut obligé de se retirer en Angleterre.

Maisonneuve inventa pour cette opération un instrument ingénieux. Il consiste en une lame coupant en avant et en arrière et mousse à son sommet. Cette lame qui est introduite sur un conducteur déplisse les parties non coarctées et ne coupe que les tissus rétrécis.

Voici, messieurs, au sujet du rétrécissement, quatre points dont j'ai fait la règle de ma pratique et que je vous engage à retenir.

1. Toutes les fois qu'un canal ne reçoit pas aisément une sonde de 7 millimètres de diamètre, il doit être considéré comme rétréci.

2. Un canal rétréci exposant le malade à des accidents sérieux, doit être ramené le plus tôt possible à son état normal.

3. La méthode rationnelle de traitement du rétrécissement de l'urèthre est la dilatation progressive avec des bougies.

4. Si le canal refuse de se laisser dilater par les bougies, soit qu'il se produise des accès de fièvre après chaque séance, soit que le rétrécissement soit trop serré, on doit en faire l'incision.

Les soins préliminaires sont importants; au début il mourait un opéré sur quatre; aujourd'hui, il n'en meurt plus. Il faut que l'urine soit acide et normale, elle ne cause pas alors d'accidents en passant sur les plaies. On fera prendre un purgatif, un grand bain et du sulfate de quinine.

Cette opération, pour laquelle je refuse d'endormir, se pratique de la façon suivante. Une bougie flexible est introduite dans le canal, à son extrémité on visse le conducteur. On fait glisser la lame de l'uréthrotome dans la canule du conducteur, on la pousse jusque dans la vessie, puis on la retire.

Il est nécessaire d'avoir deux lames, une petite et une grande, une seule lame pouvant se fausser; on les introduit successivement, la petite d'abord.

Enfin on retire le conducteur pour en visser un autre sur lequel une sonde à bout coupé est introduite; cette sonde est fixée à demeure et laissée 24 heures en place.

Quand le malade a été laissé en repos pendant une quinzaine de jours on lui passe des bougies de Béniqué de plus en plus grosses pendant quelque temps. On aura soin de recommencer chaque année une ou deux fois pour maintenir la dilatation obtenue.

L'homme que nous allons opérer a 40 ans, il a eu sa première chaudepisse à 17 ans, la seconde à 21 ans. Il lui est toujours resté un léger suintement.

Après dix-huit années il est survenu des troubles de la miction et un abcès urineux du périnée. En 1880, nouvel abcès urineux.

Le rétrécissement siège à 12 centimètres du méat à l'extrémité de la portion spongieuse, comme c'est la règle. Le malade urine bien, mais cependant il faut agir. Les reins et la vessie sont sains, il n'y a aucune douleur, mais si on le laissait dans cet état les accidents reparaîtraient et dans quelques années se montreraient les douleurs, la néphrite et les complications habituelles.

La bougie est introduite assez facilement, mais le conducteur, trop serré, ne peut passer. M. Tillaux préfère dilater le canal pendant quelques jours et remet l'opération à une autre fois.—*Journal de la Santé publique.*

Traitement de l'épistaxis.—De nombreux moyens ont été préconisés pour arrêter l'épistaxis; un des plus simples, et qui a l'avantage d'être facilement appliquable dans les affections fébriles comme la fièvre typhoïde, où ce symptôme revêt souvent une véritable gravité, consiste à introduire dans les narines, jusqu'à un niveau assez élevé, un fragment d'éponge fine taillé de manière à y pénétrer assez facilement et imbibé préalablement de jus de citron ou d'eau vinaigrée. Le malade est ensuite couché sur le ventre, et maintenu ainsi dans la position horizontale. Par suite de cette position, le sang ne s'écoulant plus par le pharynx se transforme en un caillot assez consistant, transformation favorisée d'ailleurs par le contact de l'éponge, et l'hémor-

rhagie s'arrête assez rapidement; ce procédé, que nous avons vu souvent employé dans le service de M. Siredey, surtout dans les cas de fièvre typhoïde, dispense presque toujours de recourir au tamponnement postérieur, opération toujours délicate et très pénible pour le malade.—*Moniteur thérapeutique.*

De la circoncision et de la dilatation du prépuce; par M. le Dr DE SAINT-GERMAIN.—En dépit de son étymologie, le mot de circoncision s'applique le plus souvent à l'incision dorsale du prépuce chez l'homme, et chez les femmes à l'excision des petites lèvres.

Elle a pour but de remédier au phimosis, qu'il soit produit par un défaut d'étoffe dans les verges conformées comme celle de l'Hercule Farnèse, ou, au contraire, par un excès comme dans celle de l'Apollon Pythien. Le phimosis, en accumulant les sécrétions sébacées, peut être cause de démangeaisons et celles-ci amener des pratiques vicieuses; de plus, il expose au paraphimosis, que celui-ci survienne dans une simple érection ou sous l'influence du coït. Quelques-uns croient que cette conformation pourrait être aussi un obstacle à la fécondation. Ainsi Louis XVI, qui était atteint de phimosis, n'eut d'enfants qu'après avoir été opéré par Louis, mais cette opinion est bien peu probable, car il n'est aucunement nécessaire que le sperme soit projeté ou porté sur le col, le spermatozoïde étant essentiellement migrateur.

Un autre inconvénient du phimosis, c'est qu'il exposerait à la vérole et au chancre mou. Cela est incontestable, au moins pour cette dernière affection, dont l'inoculation se fait sans doute au niveau de quelque érosion de la muqueuse.

Les contre-indications à la circoncision seraient seulement l'hémophilie, la proximité d'un foyer de diphthérie et la chancrelle.

Procédé juif: Elle se pratique le 8e jour. " L'opérateur " malaxe la verge de manière à l'amener à une demi-érection; il tire alors le prépuce et le coupe carrément; mais il arrive souvent qu'il en coupe trop, qu'il emporte même un morceau du gland et qu'après la cicatrisation, l'extrémité de la verge soit taillée en flageolet. Quand il a coupé, il insinue les ongles de ses pouces qu'il laisse croître à cet effet et retourne le prépuce. Autrefois, il appliquait alors sa bouche sur le gland qu'il suçait énergiquement; cette pratique est à présent supprimée Sur la plaie, il répand une poudre hémostatique, puis il engage le gland dans une compresse trouée qu'il fixe avec des bandelettes.

Procédé mahométan: Il se pratique à l'époque de la puberté et le soin en est confié aux barbiers. On introduit le prépuce dans un disque de bois percé d'un trou au centre; on tire sur lui à l'aide d'une ficelle et l'on tranche comme à la guillotine tout ce qui a passé dans le trou, le gland avec quelquefois.

Procédé des chirurgiens: Ricord introduisait sous la partie dorsale du prépuce un bistouri dont la pointe était protégée par une boulette de cire; quand cette pointe était parvenue dans le cul-de-sac, il enfonçait brusquement le bistouri et le ramenait sur lui en coupant ainsi le prépuce. On a fait de la sorte deux lambeaux qui pendent comme des oreilles de chien et donnent à l'ensemble, surtout au bout de quelques jours, un aspect des plus désagréables et des plus inquiétants pour le malade; mais il faut rassurer celui-ci, car après quelque temps tout s'arrange et le résultat est satisfaisant. C'est donc une bonne opération.

Hue, de Rouen, a employé la ligature élastique ; ici comme toujours elle est très douloureuse.

Voici, à présent, le procédé de M. de St-Germain : L'enfant est chloroformé à fond. On saisit la muqueuse avec deux pinces à verrou en arrière desquelles on passe une forte ficelle. Par dessus la peau, on refoule le gland pour s'assurer qu'il n'est pas pris et alors on abat tout ce qui a été saisi par la ficelle et on fait ensuite, avec des ciseaux, l'incision dorsale. Enfin, on décortique le gland en détruisant les adhérences qui peuvent exister.

Quand on craint l'hémophilie, il faut appliquer de petites serres-fines qu'on ne laisse pas plus de douze heures en place. Quand le prépuce est épaissi et charnu, il faut le sculpter en ne touchant pas au frein à cause des hémorrhagies. Le pansement consiste en une compresse trouée et des bandelettes, le tout maintenu par un ligament suspenseur qui relève la verge.

La circoncision n'est pas toujours une opération inoffensive ; elle peut être compliquée d'hémorrhagie, de diphthérie, de phlegmon, accidents qui ont plusieurs fois causé la mort ; c'est ce qui a décidé M. de St-Germain à la remplacer par la dilatation du prépuce.

Sorel l'avait déjà pratiquée avec un dilatateur à trois branches, M. de Saint-Germain après lui, mais les résultats n'étaient pas favorables. Cependant ce dernier qui l'avait abandonnée la reprit, après s'être assuré sur des doigts de gants que les effets d'une dilatation brusque, comme cela s'était fait jusqu'alors, et d'une dilatation lente étaient fort différents.

Le procédé est le suivant : On se sert d'un dilatateur à deux branches. Après avoir introduit l'instrument, on devra s'assurer qu'il n'est pas dans l'urèthre en cherchant les extrémités des branches sous les doigts. Quand celles-ci sont parvenues à la base du gland, on les écarte progressivement et on les fait sortir en même temps. On rompra les adhérences à l'aide de la sonde cannelée et après avoir graissé le gland on le recouvrira, ce qui se fait non pas en tirant sur le prépuce mais en le refoulant d'arrière en avant.—*Journal de la Santé publique.*

Traitement de la gonorrhée, de la leucorrhée et du bubon suppuré par le permanganate de potasse.—Dans la gonorrhée, la leucorrhée et les bubons suppurés, dit BARTHOLOW, une forte solution de permanganate, de cinq à dix grains à l'once, est très efficace, spécialement dans la gonorrhée. Quand la maladie est encore près de son début, la solution ne doit pas dépasser deux grains à l'once ; mais plus l'affection est chronique, plus forte doit être l'injection, sans cependant dépasser des limites raisonnables. Dans le cas de bubon suppuré, le contenu du sac devra être enlevé au moyen de l'aspirateur ou autrement, et la cavité remplie avec une forte solution du remède.

Les expériences de Lacerda au sujet du poison des serpents rendent presque certain le fait que le virus de la syphilis peut aussi, au début du chancre, être neutralisé par le permanganate de potasse. Dans toutes les lésions syphilitiques caractérisées par de l'ulcération fétide ou gangréneuse, dans le phagédéna gangréneux, par exemple, il mérite d'être plus employé qu'il ne l'a été jusqu'à présent. On l'appliquera, sous forme de poudre fine, à la surface des ulcères, ou on l'introduira dans les sinuosités des plaies. De même on peut l'employer dans le

lupus et l'épithélioma, et il n'y a pas de doute qu'il rendra de plus grands services que le chlorate de potasse que l'on a dernièrement beaucoup vanté dans ces cas.—*Medical and Surgical Reporter.*

Ozène, nature et traitement.—Tel est le sujet d'une communication du Dr Lœwenberg, au Congrès international d'otologie, de Bâle, en septembre dernier. M. le Dr Schiffers lit à la *Société médico-chirurgicale de Liége*, l'analyse suivante de cet intéressant travail :

Comme le dit le docteur Lœwenberg, l'ozène qui a été l'occasion de nombreux travaux, constitue encore actuellement une affection dont la pathogénie est absolument obscure et la thérapeutique souvent des plus décourageantes.

Dans ce travail, notre collègue a cherché, en utilisant la rhinoscopie antérieure et postérieure ainsi que les études parasitologiques, à élucider la question de la nature intime de cette maladie et à en tirer des conclusions pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement. Nous tâcherons de faire ressortir ici les principaux points de cette communication.

Il est très important avant tout de bien être fixé sur les termes et de savoir ce que l'on doit entendre par *ozène vrai* ou simple. Faute de tenir compte de cette distinction, la question a souvent été mal interprétée ; il y a eu des divergences, autrement inexplicables, sous le rapport du pronostic et du traitement préconisé par différents auteurs, toujours avec succès, quoique les modes d'action fussent variables.

Il faut entendre par *ozène vrai*, une affection où l'on constate un amincissement extrême de la pituitaire avec atrophie des cornets, surtout du cornet inférieur, et un élargissement considérable des fosses nasales. Outre ces lésions anatomiques absolument nettes, il y a du fœtor et une perte plus ou moins notable de l'odorat.

Dans 15 cas sur 16, M Lœwenberg a constaté que le mucus nasal avait une réaction alcaline. Il a découvert, toujours en nombre considérable, un gros diplococcus, sensible aux couleurs d'aniline, dont il a fait des cultures, suivant la méthode de Koch ; il tient ce microbe pour spécifique de l'*ozène vrai*. Les mêmes coccus se rencontrent dans le pharynx nasal, dont la surface est toujours, dans ces cas, inégale et sèche.

Quand il n'y a pas de coccus, on ne constate pas la fétidité propre aux ozéneux ; cette dernière n'existe pas, par exemple, dans le catarrhe du nez, dans les cas de polypes muqueux et de végétations adénoïdes. Le coccus vraisemblablement est transporté d'une narine ozéneuse dans une autre saine ; pour élire domicile, il lui faut cependant rencontrer des conditions particulières.

Les diplococcus se présentaient le plus souvent groupés en chaînes, plus rarement en amas. Quant à la forme, elle était tantôt plutôt sphéroïde, tantôt plutôt ellipsoïde, parfois même presque rectangulaire sur la section optique, comme s'ils étaient cylindriques, au lieu d'être amincis et arrondis aux deux extrémités.

Certains exemplaires montraient une zône transversale plus claire, d'une couleur blanchâtre ; dans ceux-ci il n'y avait pas, à la vérité, d'étranglement indiquant un commencement de division.

Ces coccus se distinguent surtout par leur grande taille (diamètre longitudinal 1.1—1.65), et se différencient du gono-coccus par leur ten-

dance à former des chaînes et par leur coloration avec toutes les couleurs d'aniline, donc aussi dans le vert de méthyle, qui ne teindrait pas le gono-coccus.

Des cultures pures ont été obtenues dans la gélatine peptonisée et dans l'agar-agar. Les coccus y forment des chaînes diversement courbées; il y a par-ci par-là des individus plus volumineux dans lesquels se développent les spores.

M. Lœwenberg essaie actuellement d'inoculer le produit de ces cultures à des animaux pour leur communiquer l'ozène.

L'état général chez ces malades est ordinairement mauvais; ils sont pâles, mal nourris. Cela peut provenir de ce qu'ils respirent des gaz qui résultent de la décomposition, et aussi de ce qu'ils avalent certainement beaucoup de coccus.

Autrefois on a admis la contagiosité de l'ozène; maintenant, depuis la découverte du diplococcus, on n'a certes aucun motif de la rejeter. Mais il faut en tout cas au préalable certaines prédispositions; c'est ainsi que souvent dans une seule famille il n'y a qu'un enfant malade; les autres restent indemnes.

M. Lœwenberg conteste le rapport des maladies de l'oreille avec l'ozène; il n'a rencontré cette coïncidence que dans le $\frac{1}{20}$ des cas qu'il a eus en examen. Ce fait est d'autant plus intéressant que, par suite de l'atrophie des cornets inférieurs, la trompe est beaucoup plus directement exposée au courant d'air et que la paroi du pharynx est tapissée de coccus. Grâce à ce microbe qui tranche la question du diagnostic, il sera possible de décider si l'ozène commence ou non par un stade hypertrophique, par un catarrhe chronique du nez. Dans les cas douteux, où la fétidité est légère et où il y a peu d'élargissement des narines, la constatation du coccus est très importante.

Quant à ce qui concerne le *traitement*, il doit être strictement antiparasitaire. Tous les jours, l'antisepsie sera pratiquée sous trois formes : 1° douche nasale, c'est-à-dire irrigation de Weber avec une solution de sublimé, (1 : 10,000—1 : 7,000 progressivement.)

2° Bain de nez : le malade incline la tête en arrière, soutient le son de la lettre *a;* pendant ce temps, on verse lentement dans une des narines une solution de sublimé, jusqu'à ce qu'elle sorte par l'autre.

3° Insufflation d'acide borique porphyrisé, pendant que le malade dit continuellement " *a* ".

Par ce mode de traitement, le fœtor disparaît, le nombre des coccus diminue notablement, et l'état général se relève.—*Scalpel.*

Des abcès fétides.—*Société de chirurgie.*—M. Nepveu (de Paris) lit sur cette question un travail dont voici le résumé:

Les abcès fétides des membres sont très rares et se présentent dans plusieurs conditions: *a*) A la suite d'effractions sur les vaisseaux qui en contiennent dans certaines conditions pathologiques, et par inoculation directe du sang aux tissus, c'est l'auto inoculation; *b*) A la suite de pénétration dans l'intérieur des tissus de bactériens venant du dehors; à cette catégorie se rattache leur incarcération directe dans nos tissus. Cette incarcération se produit à l'aide de la membrane granuleuse.

La persistance des bactériens ou de leur descendance, dans le cas d'incarcération, ne peut être mise en doute, car on les observe au bout de quatorze ans, de dix ans.

Un trauma quelconque peut mettre à même les bactériens, ainsi incarcérés, de produire de grands désordres ; phlegmons, abcès fétides, par une véritable inoculation aux tissus périphériques.

Cette longue incarcération nous prouve que les bactériens sont les véritables agents de la fétidité qui les caractérise. Ainsi s'éclaire peu à peu leur rôle dans la production des liquides septiques.—*Abeille médicale.*

Pathogénie de la suppuration.—*Congrès français de chirurgie.*—M. Socin, de Bâle, rappelle que la méthode de culture des microbes sur un terrain solide, imaginée par Koch, a donné une nouvelle impulsion à l'étude des microbes pyogènes. On s'est d'abord occupé du microbe de l'ostéomyélite. Bocher, élève de Koch, dans un travail publié en 1883, crut avoir découvert le microbe spécifique de cette affection, et décrivit un microbe pyogène en grappe jaune. Mais Rosenbach, de Goettingen, et Krause, de Halle, montrèrent bientôt l'existence d'un autre microbe blanc nacré dans le pus de l'ostéomyélite. De plus, ils établirent que ces deux microbes se trouvaient dans tous les phlegmons et dans tous les abcès chauds. Quelque temps après, Rosenbach découvrit un microbe plus petit disposé en chaînette, non en grappe : ce microbe est particulièrement malin. M. Socin et son assistant M. Garri ont poursuivi les études des précédents auteurs. Sur trente cas d'ostéomyélite aiguë, ils ont toujours trouvé les deux premiers microbes dans le pus ; ces microbes jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'affection. Rodet, de Lyon, a pu reproduire l'ostéomyélite chez des lapins en leur injectant dans les veines des cultures de ces micrococcus, mais ces expériences n'ont pas été répétées. M. Garri, pour développer l'ostéomyélite, a toujours dû traumatiser les os avant d'injecter les microbes. Or ce ne sont pas là de bonnes conditions expérimentales, car l'ostéomyélite aiguë survient la plupart du temps sans traumatisme.

Les abcès, les furoncles, les phlegmons contiennent les mêmes parasites ; il faut en conclure que l'ostéomyélite n'a pas d'agent spécifique. M. Garri, pour démontrer l'entière justesse de cette assertion, n'a pas craint d'expérimenter sur lui-même. Il s'inocula d'abord près de l'ongle de l'annulaire gauche une petite quantité de microbes d'une culture artificielle provenant du sang d'un malade ostéomyélitique. Il s'ensuivit au bout de vingt-quatre heures un abcès sous-épidermoïdal qui fit le tour de l'ongle. La réinoculation du pus de cet abcès sur la gélatine redonna des cultures du microbe jaune. Le courageux expérimentateur alla plus loin, il se fit sur le bras gauche une friction avec du pus ; il se développa une grave éruption furonculeuse, puis un volumineux anthrax. Pendant quelques jours, les symptômes furent très alarmants, et la guérison n'eut lieu qu'après l'élimination de larges lambeaux mortifiés.

Il ressort de l'ensemble de ces faits et de ces recherches que le panaris, le phlegmon, le furoncle, sont dus aux mêmes microbes que l'ostéomyélite. Il paraît de plus établi que l'introduction du microbe n'a pas lieu exclusivement à travers une solution de continuité de la peau, mais qu'elle peut aussi se faire par friction.

M. Verneuil dit que Debove a fait connaître le premier, il y a longtemps, la gravité particulière de la suppuration jaune de l'ostéomyélite, et que le fait a été vérifié bien des fois.

M. Ollier fait remarquer, à propos des expériences de Rodet, que les inoculations faites sous la peau n'ont jamais produit d'inflammations osseuses; les injections intra-veineuses ont au contraire produit des ostéites juxta-épiphysaires.

M. Rodet a constaté l'existence du microbe au niveau de foyers inflammatoires très anciens, épiphysaires. Sous l'influence de certaines causes occasionnelles, ce microbe peut reprendre ses propriétés nocives et provoquer ainsi le réveil des accidents inflammatoires.—*Praticien.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Des injections intra-utérines d'eau chaude dans les hémorrhagies puerpérales, par M. Budin, à l'hôpital de la Charité.—Le traitement des hémorrhagies puerpérales par les injections intra-utérines d'eau chaude se généralise beaucoup et est accepté par un grand nombre d'accoucheurs. C'est un fait de pratique important à connaître en lui-même et dans le *modus faciendi* à employer. M. Hervéou, qui a pu suivre les heureux résultats de cette médication dans le service de Budin, à la Charité, vient de publier un intéressant travail à ce sujet et il apporte à l appui 16 observations.

Voici, d'après lui, la manière de pratiquer ces injections :

1° Position à donner à la malade ;

2° Instruments nécessaires pour pratiquer l'injection ;

3° Quantité d'eau à injecter. La nature du liquide, sa température, la durée de l'injection.

La *position* à la fois la plus simple et présentant le plus de commodité est de laisser la femme dans la position horizontale, les jambes légèrement écartées, fléchies sur les cuisses, et les cuisses sur le bassin. La partie supérieure du tronc devra toujours être recouverte par une couverture chaude, pour éviter toute cause de refroidissement. Le siège soulevé par un drap plié en quatre permettra de disposer d'une façon convenable un bassin pour recevoir l'eau en retour. Ce drap, une fois l'injection terminée, pourra en outre être facilement déroulé, et l'accouchée reposera ainsi sur un lit sec, en attendant qu'on la transporte dans un autre.

Cathétérisme.—Placé soit à gauche, soit à droite, selon la disposition du lit et d'après son habitude personnelle, l'opérateur introduit dans le vagin son doigt indicateur, préalablement enduit de vaseline, pénètre sans brusquerie jusqu'à l'orifice externe du col utérin, qu'il reconnait à sa grande mollesse. Arrivé à ce point, il fait pénétrer la première phalange, la pulpe tournée en haut, puis sur son index, servant ainsi de conducteur, fait glisser avec lenteur sa sonde, qui doit en quelque sorte pénétrer d'elle-même. L'extrémité de la sonde doit dépasser le col utérin d'environ 5 à 6 centimètres et surtout ne pas heurter la paroi de l'organe. Puis l'opérateur retire en partie son index, mais le maintient dans le vagin, afin de pouvoir en écarter légèrement les parois, ce qui contribue à rendre le retour de l'eau plus facile.

Pour faire ce cathétérisme, diverses sondes ont été mises en usage. Les plus utiles sont celles de M. Budin.

Ces sondes, soit en métal, soit en celluloïde, ont une longueur de 30

centimètres; elles présentent d'un bout à l'autre une dépression assez profonde, une coupe pratiquée perpendiculairement à la longueur représenterait la figure d'un fer à cheval.

Cette même dépression, en s'adaptant sur la pulpe des doigts et en glissant sur elle, rend cette introduction très facile et assure enfin le retour du liquide, même lorsque l'utérus se rétracte fortement sur l'instrument.

Bien que résistantes, elles jouissent d'une certaine élasticité, d'une certaine souplesse, qui leur permettent de s'adapter à la courbure des organes, ce qui facilite l'introduction de l'instrument.

Elles ont un certain état de transparence qui facilite aisément la constatation de leur état de propreté intérieure.

Elles peuvent être plongées durant un temps assez long dans les solutions antiseptiques, sans subir la moindre altération.

M. Budin a fait fabriquer des sondes de calibres différents, 5, 7, 9, 11, 13, 15 millimètres de diamètre, ce qui permet de pratiquer des injections intra-utérines, non seulement après l'accouchement et pendant les suites de couches, mais même après l'avortement survenant dans les premiers mois de la grossesse, en un mot dans tous les cas où l'orifice utérin est revenu sur lui-même et offre des dimensions peu considérables.

Le récipient contenant l'eau à injecter consiste en un vase de verre d'une capacité d'environ deux litres, présentant à la partie inférieure un orifice auquel s'adapte un tube en caoutchouc qui établit ainsi communication avec le pavillon de la sonde; un certain nombre d'accoucheurs se servent au contraire de l'irrigateur Eguisier, ou l'irrigateur d'Esmark.

Un aide, placé de l'autre côté du lit, élève le récipient. Ruhter recommande de le maintenir à la hauteur de l'épaule, Munster, à 75 centimètres au-dessus des organes génitaux externes.

La quantité d'eau varie entre 1,500 à 2,500 grammes; dans la généralité des cas, cela est suffisant.

La température doit être de 45 à 50°.

La durée de l'injection ne doit guère dépasser 4 à 5 minutes. Pour qu'elle ait une réelle efficacité, le jet doit être dirigé de façon à venir frapper tous les points de la surface utérine; pour ce faire, il suffit d'imprimer à la sonde différents mouvements à gauche et à droite. Elle doit, de plus, être exécutée avec une certaine force de projection. Si l'on se sert d'un simple vase, l'aide devra donc l'élever peu à peu; la pression diminuant en raison directe du niveau d'eau, la chose est facilement réalisable.

La pratique de ces injections est donc d'une exécution aisée, les parois du conduit vulvo-utérin, distendues par le passage du fœtus, devenues molles et flasques, le col utérin encore béant, laissent libre accès à la pénétration de la sonde.

Les quelques complications pathologiques qui peuvent rendre ce cathétérisme moins facile seraient soit l'infiltration des parties génitales externes (dans ce cas, le canal se trouve plus long), soit la présence d'un thrombus. Dans les deux cas, en usant de ménagements, la difficulté est facilement surmontée.

Si l'on interroge les malades sur les sensations qu'elles éprouvent durant ces injections, toutes accusent un bien-être considérable.

Pas la moindre douleur.

Ces injections exercent une action mécanique très utile. Par leur force de projection, elles lavent et détergent la paroi utérine, désagrègent les débris de membranes et les caillots qui peuvent adhérer et les entraînent dans leur trajet rétrograde.

Nature du liquide.—Ajoutons enfin que cette eau contient 0 gr. 50 cent. de bichlorure de mercure pour 1,000 d'eau, médicament antiseptique par excellence, ce qui permet de faire un traitement prophylactique contre les complications si graves qui surviennent parfois chez les femmes nouvellement accouchées. Ce point étant en dehors de notre sujet, nous ne nous y arrêterons pas. Joanny Rendu l'a du reste traité d'une façon complète dans sa thèse 1879, tome 28.

L'effet de ces injections est si considérable que dans quelques cas (si l'hémorrhagie a lieu post-partum ou le jour suivant) les lochia cruenta font totalement défaut, l'écoulement, blanchâtre et séreux dès les premiers jours, ne redevient coloré qu'après un laps de temps de vingt-quatre à trente-six heures et reprend ensuite sa coloration normale.

De nombreuses critiques ont été faites contre l'emploi des injections intra-utérines, tous ces reproches sont d'une grande exagération.

Passage du liquide injecté dans la cavité péritonéale. La réfutation à cette accusation puise son premier argument dans cette considération que la différence de volume de la sonde et du col utérin est telle que la stagnation de l'eau dans la matrice est impossible, le calibre de la sonde est de 15 millimètres, celui du col d'un calibre supérieur (3 c. après l'accouchement).

Admettons que, dans quelques cas, le col puisse être resserré spasmodiquement. Mais alors n'est-il pas facile de s'assurer que la sonde une fois introduite, il n'existe pas d'espace suffisant entre celle-ci et les parois pour permettre le retour de l'eau? Ne peut-on pas enfin, dans ces cas, se servir d'une sonde à double courant?

Certains auteurs ont émis l'opinion que ces injections pouvaient donner lieu à des métrites et même à des péritonites. Dans toutes les observations que nous avons relevées à la Charité, nous n'avons vu aucun accident de ce genre qui puisse être rapporté à cette méthode thérapeutique.

A tous les faits malheureux et rares dont on accuse les injections intra-utérines, ne peut-on pas opposer les cas beaucoup plus nombreux où elles ont sauvé quantité de femmes?—*Paris médical.*

Eclampsie puerpérale traitée par les bains chauds.—On lit dans les *Archives allemandes de Gynécologie*, que le Dr Breus, sur six cas de cette affection, traités par le bain chaud, n'en avait perdu qu'un seul. Dans la suite, sur 11 nouveaux cas, il n'en a encore perdu qu'un seul. La malade est placée dans un bain à 38 degrés centigrades, que l'on élève ensuite de 2 à 3 degrés. Puis on l'enveloppe dans des couvertures pour provoquer une transpiration abondante, que l'on pourrait favoriser par une infusion de jaborandi.

De ces 11 femmes, 4 avaient des convulsions au commencement du travail, 2 pendant la gestation, 1 au moment de la délivrance et 4 après. Se basant sur les 17 cas précédents, M. Breus affirme qu'avec les bains chauds, on n'a pas à redouter les avortements ni les hémorrhagies, et si la présence de l'albumine annonce des complications, les bains constituent un prophylactique excellent. Une jeune primipare de 26 ans,

atteinte d'œdème avec de l'albumine dans les urines, au huitième mois, fut soumise au traitement par les bains chauds. Après avoir pris 45 bains, elle fut très heureusement délivrée d'un enfant pesant 2, 700 grammes.—*Scalpel.*

De la rupture spontanée des membranes, avant le début du travail à terme.—Dans la livraison d'avril de l'*American Journal of the Medical Sciences*, le Dr G. W. H. Kemper publie une note au sujet de 50 cas de rupture spontanée des membranes et il en conclut que :

1. La rupture spontanée des membranes, à terme et avant le début des douleurs, arrive assez souvent, la moyenne étant de 1 fois sur 14 cas.

2. Quand la poche des eaux se rompt, le travail, règle générale, se montre aussitôt, mais il peut aussi ne se déclarer qu'au bout de plusieurs heures, ou de plusieurs jours, et même de plusieurs semaines.

3. Quand cet accident arrive, le travail n'en est pas nécesairement prolongé ni rendu plus douloureux.

4. La mortalité, chez les femmes, n'est pas augmentée. Quant à la proportion des enfants mort-nés, elle est si légèrement accrue, si tant est qu'elle le soit, que ça ne vaut guère la peine d'en parler.

5. Les causes de cette rupture ne sont pas bien nettement précisées. La répétition de semblable accident, chez certaines femmes, indique qu'il y a comme une prédisposition particulière chez elles. On admet, comme cause possible, l'influence de l'atmosphère, principalement un abaissement de température. Smellie met en cause l'obésité, mais ses observations ne confirment pas cette manière de voir.

6. Il est probable que la durée du travail est plus courte dans les cas où les douleurs tardent quelque temps à se montrer après la rupture des membranes.

7. Le mode de traitement adapté à ces cas, tel que donné par Smellie, McClintock, Bard, Denman et Dewees, et corroboré par l'expérience du Dr Kemper, consiste dans le repos (au lit, si cela est nécessaire.) et la patience. Toutes tentatives ayant pour effet d'exciter les douleurs du travail sont inutiles, nuisibles même et inopportunes. Attendez que les douleurs se montrent et traitez le cas suivant les principes généraux.

8. Enfin, la crainte d'un retard et du danger dans ces cas—le travail *à sec* des auteurs—telle qu'émise par nos pères en obstétrique et formulée de nouveau par plusieurs auteurs successivement, n'est basée que sur une simple étincelle de vérité et constitue une de ces traditions médicales que l'expérience nous montre être très exagérée sinon tout-à-fait apocryphe.—*Detroit Lancet.*

Emploi de la quinine dans l'accouchement.—Le Dr Mullen (*British Medical Journal*), à la suite d'un article sur ce sujet, formule les conclusions suivantes :

1. La quinine, à dose de 4 grains et davantage, donne lieu à des douleurs au bout de vingt ou trente minutes. Si l'on répète la dose à intervalles de ½ à 1 heure, elle soutiendra énergiquement ces douleurs.

2. Elle ne produit pas de céphalalgie, à peine un peu du cinchonisme produit par le remède quand il est donné en d'autres cas, et pas de nausée, la saveur amère étant le seul obstacle à son emploi.

3. Les douleurs qu'elle produit ne sont pas continues, comme celles

de l'ergot, mais intermittentes à l'instar de celles du travail normal, et ne sont évidemment pas la conséquence d'un stimulus spécial se faisant sentir seulement sur la matrice, mais plutôt celle d'un effet tonique exercé sur toute l'économie. Souvent il arrive que la malade se sent plus forte.

4. L'action produite par l'ergot administré seul, dans les cas où la malade est épuisée, semble souvent être employée seulement à effectuer la sortie du fœtus, laissant l'utérus dans un état d'épuisement complet, incapable de se contracter et d'expulser le placenta, d'où hémorrhagie et nécessité d'extraire l'arrière-faix. Rien de tel ne se montre quand la quinine est administrée convenablement, soit seule, soit avant l'ergot.

5. Quand l'ergot est contr'indiqué, on peut lui substituer la quinine, et cela avec la plus grande sécurité, tant pour la mère que pour l'enfant. Dans un cas, cinq ou six heures s'étaient écoulées entre l'administration du remède et la naissance de l'enfant; cependant tout alla fort bien. Le Dr Mullen dit ne pas se souvenir avoir jamais vu (sauf en un seul cas) l'enfant naître vivant quand il s'est écoulé plus de deux heures entre l'administration de l'ergot et la délivrance.—*Detroit Lancet.*

De l'endométrite disséquante ; par KUBASSOW.—L'auteur a observé trois fois cette maladie : la première fois en 1877, puis en 1880, et enfin la troisième fois en 1881.

Deux observations ont été publiées par Syromjatnikoff.

Malgré ce petit nombre de faits, l'auteur prétend que cette affection n'est pas rare et que le plus souvent on la confond avec la dysménorrhée membraneuse ou avec l'avortement au commencement d'une grossesse.

Cette maladie est caractérisée par l'expulsion d'un sac membraneux, constitué par la muqueuse utérine elle-même, toute idée de grossesse étant écartée ; dans cette membrane, outre les éléments de la muqueuse normale,on trouve une couche, l'externe, composée de fibres musculaires lisses dont les extrémités sont plus ou moins altérées et entourées de globules de pus qui donnent à la surface externe de cette membrane un aspect filamenteux.

La surface interne de l'utérus présente, d'après les résultats de l'autopsie, le même aspect : on y observe les mêmes faisceaux musculaires altérés, entourés de globules de pus et se terminant par des filaments très fins ; on y trouve, en outre, des capillaires dilatés, des lacunes plus ou moins étendues, un exsudat, des masses de globules de pus altéré ; les vaisseaux lymphatiques et sanguins sont pleins d'éléments morphologiques.

Il semble que le point de départ de l'exfoliation de la muqueuse est un épanchement de sang suivi d'une réaction inflammatoire.

L'hémorrhagie ne peut pas être abondante, parce que les vaisseaux sont rapidement oblitérés par thrombose, avant même que l'expulsion de ce sac ne se fasse en dehors du globe utérin.

La muqueuse peut se reformer successivement pendant trois ou quatre fois, et cette régénération a pour point de départ des parcelles de muqueuse restées intactes. Cette possibilité d'une reproduction de le muqueuse caractérise l'endométrite disséquante et la distingue de la métrite disséquante dans laquelle cette reproduction ne s'observe jamais.

L'exfoliation de la muqueuse utérine reconnaît pour causes diverses maladies de la membrane interne de l'utérus, et probablement le développement particulier d'un stratum sous-muqueux dont l'auteur admet l'existence. On doit considérer comme causes prédisposantes divers états constitutionnels, comme la fièvre typhoïde (2 cas), la fièvre puerpérale, la syphilis, etc.

La maladie se manifeste cliniquement par des symptômes généraux et nerveux, tels que nausées, vomissements, diarrhée, affaiblissement général, accélération de la respiration, fièvre, etc. De plus, on observe des phénomènes locaux: douleurs utérines violentes, sensibilité douloureuse des annexes de l'utérus, écoulement muco-purulent et sanguinolent, et enfin expulsion en masse de la muqueuse utérine. Ces accidents aigus se produisent pendant une période prémonitoire relativement assez longue pendant laquelle on observe différents troubles de la menstruation. La maladie ne récidive jamais.

Le pronostic est souvent aggravé par des complications qui se produisent fréquemment du côté des trompes (hydro et hémato-salpingite). Une complication de cette nature a occasionné la mort dans un des cas observés par Kubassow.

La maladie peut être confondue avec l'avortement au commencement de la grossesse, avec l'expulsion de la caduque dans la grossesse extra-utérine, avec la métrite ou avec la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Elle se distingue de l'avortement en ce que la période intermenstruelle est plus courte pendant les mois qui précèdent l'expulsion de la membrane; dans la grossesse, au contraire, les règles cessent ou retardent de plusieurs jours. La membrane elle-même diffère de la caduque: à l'œil nu, en ce qu'on ne constate nulle trace de l'implantation de l'œuf et qu'elle est uniformément lisse et brillante; au microscope, dans le premier mois de la grossesse, par l'absence des cellules propres de la caduque, par la dimension et la direction normale de ses glandes, par l'intégrité de l'épithélium superficiel et le manque absolu de vaisseaux de nouvelle formation.

Dans le second mois de la grossesse, la différence est encore bien plus sensible: cellules géantes, dilatation des glandes qui prennent l'aspect caverneux du tissu de la muqueuse; destruction de l'épithélium glandulaire transformé en masses finement granuleuses: tous ces caractères manquent dans l'endométrite disséquante.

La caduque expulsée à la suite d'une grossesse extra-utérine se rapproche davantage de la muqueuse provenant d'une endométrite disséquante, cependant le miscroscope pourra toujours permettre d'en faire la distinction.

Le mode d'expulsion suffit pour diagnostiquer la métrite de l'endométrite disséquante.

Ce qui caractérise surtout la dysménorrhée membraneuse, c'est sa marche à l'état chronique et le renouvellement périodique d'expulsion de la membrane. Dans l'endométrite disséquante, l'expulsion ne se fait qu'une seule fois et ne se reproduit jamais plus.

Au point de vue histologique, l'exfoliation de la muqueuse, dans la dysménorrhée membraneuse, se produit au niveau de la couche moyenne de la muqueuse, d'où il résulte que les membranes expulsées ne présentent ni les faisceaux musculaires, ni les culs-de sac glandulaires que l'on rencontre dans l'endométrite disséquante: c'est pour cela que les

membranes de la dysménorrhée présentent au microscope l'aspect d'un crible. Mais en réalité la dysménorrhée membraneuse n'est pas autre chose qu'une forme atténuée de l'endométrite disséquante.

Traitement.—Au point de vue prophylactique, il faut combattre la congestion utérine dès qu'elle est reconnue: contre l'affection parfaitement déclarée, il faut employer les narcotiques, les antiphlogistiques et les révulsifs... Après l'expulsion du sac, il faut faire des applications de glace sur le ventre, des injections vaginales froides, des lavements froids et enfin, s'il est nécessaire, quelques injections astringentes faibles dans la cavité intra-utérine.—*Lyon médical.*

Péritonisme dans les kystes de l'ovaire. — Le regretté Gubler définissait ainsi, il y a quelques années, le péritonisme : " C'est " un ensemble de phénomènes graves, et souvent mortels qui " viennent compliquer la péritonite, ou plutôt les lésions quel- " conques des organes tapissés par le péritoine." M. le Dr Le Dentu a observé cette complication dans le courant de l'évolution d'un kyste de l'ovaire; c'est un fait rare qu'on ne trouve signalé ni dans Spencer Wells, ni dans les intéressantes communications de M. Terrier. Une femme de 28 ans vit, après son second accouchement, se développer une tumeur abdominale. Quelque temps après elle fut prise de violentes douleurs, de vomissements verdâtrès, son visage était tiré : elle avait, en somme, le facies péritonitique avec une diarrhée abondante. Au bout de deux jours, détente très brusque. Puis nouvelle reprise des accidents à des époques variables, toujours avec les mêmes caractères. M. Le Dentu, ne trouvant aucun signe de péritonite, attribua avec raison tous ces symptômes au péritonisme et pratiqua l'ovariotomie pour en empêcher le retour. L'opération fut faite régulièrement, on ne trouva pas la moindre trace de péritonite plus ou moins récente, et la malade guérit sans le moindre accident. Ces phénomènes de retentissement nerveux des lésions juxta-péritonéales sont assez fréquents relativement; l'année dernière nous en avons observé un cas dû à l'inflammation du cordon spermatique dans une orchite aiguë.—Dr Barette *in Concours médical.*

Phlegmon péri-utérin. — Une femme âgée de vingt-huit ans est entrée le 21 avril à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Gallard, salle Sainte-Marie, nº 38. Cette femme, habituellement bien portante, menstruée un peu tardivement, a eu, à l'âge de vingt-deux ans, une première grossesse qui s'est bien terminée et n'a laissé à sa suite qu'un peu de leucorrhée. Elle était dans cet état, lorsque le 6 avril dernier elle fut prise tout à coup d'un état fébrile avec embarras gastrique. Une purgation et deux ou trois jours de repos lui permirent de reprendre son travail habituel. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée. Quelques jours après elle éprouva des douleurs dans le ventre, avec gonflement, des nausées, sans vomissements. C'est alors qu'elle se décida à entrer à l'hôpital.

Examinée le 23, elle présenta l'état suivant : ventre tendu, douloureux à la pression, surtout dans le flanc gauche ; fièvre, pouls fréquent, température élevée. A l'examen vaginal on trouve une grande humidité avec une température très élevée de cette région, un léger degré d'antéversion de la matrice, avec un col gros et légèrement ulcéré. En

arrière du col, le doigt perçoit une tuméfaction arrondie, très nette, formant une sorte de bourrelet, se prolongeant un peu du côté droit, mais beaucoup plus du côté gauche. La consistance de cette tuméfaction était celle d'un phlegmon cutané, la muqueuse rétro-vaginale ne glissait point sur la tumeur à laquelle elle paraissait adhérer. Enfin on y constatait des pulsations artérielles semblables à celles que l'on perçoit sur un panaris. L'exploration de cette région était très douloureuse. Enfin, pour compléter l'examen, un doigt introduit dans le rectum, tandis que l'autre est maintenu dans le vagin, permet de contourner et de circonscrire exactement la tumeur qui correspond au segment inférieur de l'utérus dont on sent la partie supérieure restée libre au-dessus.

Qu'est-ce que cette tumeur ? Elle présente manifestement tous les caractères de l'inflammation aiguë, développement rapide s'accompagnant d'un mouvement fébrile, empâtement, sensibilité vive, battements artériels. Son siège, nettement indiqué par les signes énoncés ci-dessus, est sur la paroi postérieure de l'utérus qu'elle contourne un peu jusque sur les côtés. Sa situation ainsi que sa consistance et sa fixité excluent l'idée d'une ovarite ou d'un phlegmon du ligament large ou de la trompe. Il n'y avait pas non plus à mettre en cause une péritonite dont il n'existe d'ailleurs aucun des symptômes généraux caractéristiques. M. Gallard n'hésite pas à assigner pour siége à cette tuméfaction le tissu cellulaire péri-utérin. Il ne saurait y voir autre chose qu'un phlegmon péri-utérin.

M. Gallard insiste sur cette détermination, c'est parce que l'existence du phlegmon péri-utérin a été contestée, pour y substituer la notion de la péritonite pelvienne, affection dont la réalité n'est pas mise en doute, mais qui n'exclut pas la première. On ne s'est pas borné à contester l'existence du phlegmon, mais on a nié même qu'il y eût un tissu cellulaire péri-utérin. Or, le phlegmon péri-utérin existe, de par les signes cliniques qui ne peuvent se rapporter à aucune des inflammations des autres organes du bassin et qui ne se rapportent qu'à lui, fait qui a été assez heureusement exprimé par cette proposition de M. Nonat : le tissu cellulaire péri-utérin s'enflamme, donc il existe. Mais la démonstration en a été faite directement, tant par les recherches anatomiques et anatomo-pathologiques d'Aran que par les observations de M. Nonat, de M. Gosselin, de M. Courty, et celles de plusieurs chirurgiens anglais et allemands. M. Gallard en a fait lui-même la démonstration sur les organes génitaux d'une jeune femme, morte de phthisie pulmonaire, dans un grand état d'émaciation, ce qui lui a permis de séparer facilement du péritoine et de disséquer les lames de tissu cellulaire qui lui étaient sous-adjacentes et accolées à la face postérieure du vagin et du col de l'utérus. Du reste, le tissu cellulaire se trouve dans ce point comme il se trouve partout où il existe un vide entre une séreuse et le viscère qu'elle recouvre.

Cette couche de tissu cellulaire est-elle assez épaisse pour donner lieu, quand elle vient à s'enflammer, à une tuméfaction du volume que présente la tumeur péri-utérine chez la malade qui fait le sujet de ces considérations cliniques ? Il suffit de voir ce qui se passe dans le tissu cellulaire des ligaments larges, dans celui des paupières, lorsqu'ils s'enflamment, pour ne pas s'arrêter un instant sur ce point.

La question est donc résolue au point de vue anatomique. Elle ne l'est

pas moins au point de vue anatomo-pathologique, d'après les faits cliniques que nous avons rappelés ci-dessus.

Mais M. Gallard va plus loin. Non seulement la question de l'existence du phlegmon péri-utérin lui parait désormais hors de toute contestation, mais il retourne l'argument aux anatomo-pathologistes qui ne voient que la pelvi-péritonite, comme phénomène initial des accidents phlegmasiques et des phlegmons du bassin. La pelvi-péritonite, à ses yeux, au lieu d'être primitive, est, au contraire, toujours secondaire.

Enfin on a introduit récemment un nouveau facteur dans l'histoire des phlegmons du bassin, c'est l'engorgement des ganglions lymphatiques, la ganglionite rétro-utérine de M. Lucas-Championnière. Mais elle ne saurait être confondue avec le phlegmon du tissu cellulaire rétro-utérin. Partout où les ganglions s'enflamment dans le bassin, comme aux aines ou dans la région axillaire, ils donnent lieu à une tuméfaction circonscrite, limitée, et non à un empâtement globuleux comme est ici le phlegmon en question. D'ailleurs, les ganglionites ne sont-elles pas toujours elles-mêmes consécutives à d'autres lésions dont elles ne sont en quelque sorte que les symptômes ?

En résumé, les deux seules maladies primitives de la région dont il s'agit sont l'ovarite et le phlegmon péri-utérin. On a vu pour quelles raisons l'idée d'une ovarite devait être rejetée ici. C'est donc à un phlegmon du tissu cellulaire péri-utérin que l'on a affaire.—*Gazette des hôpitaux.*

PÆDIATRIE.

De l'allaitement.—Clinique de M. le Docteur Blachez à l'hôpital des Enfants-Assistés.—La question de l'allaitement est une question complexe qui intéresse à la fois la mère et l'enfant, et qui peut être envisagée sous plusieurs aspects. L'allaitement maternel doit être encouragé par toutes sortes de moyens, administratifs et médicaux, toutes les fois qu'il est possible ; ce qui a lieu dans la grande majorité des cas. Chaque fois que la mère est bien portante et que ses mamelles sont volumineuses, il faut le recommander, car dans la classe pauvre, où les soins manquent, son importance est si grande, que vous voyez tous les jours à la consultation des enfants athrepsiés parce qu'ils sont nourris autrement. Il importe donc de savoir dans les derniers mois de la grossesse si la mère future pourra nourrir.

Ce sujet est résolu par des présomptions et des certitudes. Il est certain qu'une femme jeune, bien portante, doit nourrir même lorsque ses mamelles ne sont pas bien prononcées. M. Donné prétend que l'on peut préjuger de la quantité du lait et de sa qualité par l'examen du colostrum au microscope. On ne doit pas s'en laisser imposer par le volume des mamelles, car c'est un fait d'observation que quelques jeunes femmes à grosses mamelles sont très mauvaises nourrices, le développement se faisant aux dépens de la partie graisseuse, et non pas de la glande. L'empêchement peut provenir de certains défauts d'organisation qui peuvent gêner la tétée. C'est ainsi que le mamelon est tellement rentré que l'enfant éprouve beaucoup de difficultés à le prendre, si on n'a pas fait auparavant le bout de sein, c'est-à-dire si quelqu'un

ne l'a pas attiré avec un bout de pipe. Ce serait aussi une bonne précaution à prendre de faire quelques fomentations aromatiques pour le solidifier et l'empêcher, par suite, de s'excorier.

Le lait de bonne qualité a une densité qui varie de 1030 à 1035. Sa qualité, au microscope, est proportionnelle au volume des globules; mais on ne doit pas se fier absolument à cet examen, car j'ai vu un enfant dépérir avec une femme au sein volumineux et un lait excellent. Comme elle voulait nourrir à toute force, M. Depaul fut consulté, et il ordonna, séance tenante, malgré les bons résultats fournis par l'examen microscopique, qu'on allât chercher une nourrice qui, au bout de huit jours, avait rétabli l'enfant. Ce fait est destiné à vous montrer combien, dans certains cas, les apparences sont trompeuses, et que le véritable réactif du lait, comme l'a dit M. Bouchardat, c'est l'enfant.

Reste encore l'analyse chimique dont je ne vous fournirai que les résultats. Le lait de femme est ainsi composé pour un litre : eau 900 gr., beurre 30 gr., caséine 28 gr., sucre de lait 45 gr., phosphates 2,50 cent. Il se distingue surtout par la grande quantité de sucre qu'il contient. Cette composition, toutefois, n'est pas toujours identique aux différentes époques, et l'alimentation a une grande influence sur la qualité. Dans les premières semaines, il est plus riche, et la nourriture dont on gorge les nourrices qui arrivent de la campagne engendre une dyspepsie qui fait que le lait diminue. Certaines circonstances, à la tête desquelles il faut placer la menstruation, viennent encore jouer un rôle. Remercier une nourrice parce qu'elle a ses règles, c'est commettre une erreur. Si l'enfant ne tolère pas bien pendant ces quelques jours un lait épais, il arrivera bien vite à se refaire, attendu que le lait reprend ses qualités primitives après la menstruation.

Lorsque la femme devient grosse, la question est résolue d'avance, vu que la sécrétion tarit. Quant à l'influence des rapprochements sexuels, il est évident qu'à ce moment les personnes très portées doivent se modérer, mais ils ne sont pas absolument défendus, et c'est une erreur d'empêcher la nourrice de visiter son mari.

Arrivons maintenant à des causes plus sérieuses, je veux parler de l'influence des maladies. La première modification qui se fait est la diminution de la quantité d'eau. Sous ce rapport, on est quelquefois embarrassé dans la clientèle, et quand une mère présente une affection fébrile, on se demande s'il n'est pas nécessaire d'éloigner immédiatement l'enfant. Il vaut mieux, dans ces cas, qu'il ait un peu de diarrhée, que de le changer de nourrice, et, tout en lui donnant un peu de lait afin de moins fatiguer la mère, faites-le néanmoins téter légèrement. J'ai vu souvent, du temps que j'étais à Necker, des nourrices continuer à allaiter avec des fièvres typhoïdes légères. Attendez donc que la dothiénenthérie devienne certaine ou que le lait se supprime, afin de n'avoir aucune hésitation. Dans la petite vérole même, ne vous pressez pas trop, pourvu toutefois que l'enfant soit vacciné.

Une femme est syphilitique; que devez-vous faire? Si la contagion a eu lieu depuis la grossesse, vous ne pouvez pas avoir l'ombre d'un doute, car tout vous ordonne de la séparer de son enfant; mais si l'accident remonte avant, et que l'enfant présente quelques traces de syphilis, il faut, dans ce cas, ne pas chercher ailleurs ou lui fournir une nourrice syphilitique.

Il y a certaines maladies, l'épilepsie par exemple, qui si elles ne nui-

sent nullement à la qualité du lait, peuvent cependant être très préjudiciables à l'enfant. Lorsque les attaques sont rares, vous pouvez le confier, mais quand elles sont répétées, il est préférable de l'enlever. Il devra en être de même pour l'hystérie, pour l'aliénation mentale, etc, non pas à cause de la qualité, mais des conséquences, comme l'exemple ci-dessous vous le fera mieux comprendre. Une pauvre femme qui allaitait son enfant voit une petite fille renversée par une voiture. Elle jette aussitôt par la fenêtre celui qu'elle tient dans ses bras pour aller secourir l'autre.

Ceci dit, considérons maintenant l'allaitement par rapport à l'enfant. Quelle est donc la quantité de lait qu'il prend dans les vingt-quatre heures? Tout le monde le sait aujourd'hui, mais ce n'est qu'en 1859 qu'on eut l'intelligence de peser l'enfant. Ce procédé, pour être absolument exact, nécessite qu'on apprécie ce qui a pu être entraîné au dehors pendant que l'enfant était au sein. M. Nathalis Guyot avait atteint des chiffres trop forts que M. Boucheron, avec sa patience de peser lui-même pendant plusieurs mois à chaque tétée, au lieu de s'en rapporter aux gens de service, a rectifiés en 1864. Il constata, tout d'abord, qu'à chaque tétée la quantité pouvait varier, et il arriva, dans la suite, à établir la moyenne suivante. Le premier jour, l'enfant prend 30 gr., le deuxième 150., le troisième 450gr., au bout de vingt à trente jours 640 gr., le troisième mois 750 gr., le huitième 800 gr. et le neuvième, où il s'arrête, 950 gr.

Permettez-moi, à ce propos, de faire une courte digression. Il y a quelques années, en 1872, je dirigais la crèche à Lourcine. A ce moment, une épidémie de rougeole nous força à séparer les enfants contaminés. Tout alla bien jusqu'au moment où il ne me resta plus que trois ou quatre petits enfants à soigner. A ce moment je m'aperçus qu'ils commençaient (eux qui s'étaient bien portés jusque-là) à dépérir, et j'en cherchai vainement la cause lorsqu'une mère me dit un matin : " Mais, Monsieur, cela n'a rien d'étonnant, puisqu'ils n'ont pas de lait. " Je vérifiai séance tenante la quantité allouée par l'administration, et je me rendis chez le directeur. Celui-ci me mit en face du règlement qui allouait 350 gr. par jour depuis la naissance jusqu'à l'age d'un an. Je fis part de mon observation à la Société des hôpitaux ; cela fit du tapage ; les journaux en parlèrent, et en fin de compte on nomma une commission, dont M. Parrot fut le rapporteur, qui fixa la quantité à 750 gr.

Jusqu'à quel âge devez vous laisser l'enfant uniquement au sein de la mère? Pendant les quatre premiers mois, vous devez donner uniquement le sein. A partir de ce moment, si l'on peut aider la mère, il ne faut pas en revanche garder une nourrice qui ne peut plus suffire. En effet, la mère a bien mérité le repos de la nuit, et on doit, par conséquent, l'aider à nourrir. Quels sont alors les aliments qui conviennent le mieux à cette époque? Avant tout, c'est le lait. Le plus pratique est celui de vache; le meilleur serait celui d'ânesse qui est impraticable parce qu'il est trop cher (8 fr. le litre à Paris). Donnez donc le lait de vache à la température de 35°, coupé d'abord au 1|4 et ensuite au 1|3 avec de l'eau filtrée légèrement sucrée. Diminuez insensiblement l'eau, et servez-vous soit d'une cuillère, soit d'un biberon. Ce dernier est cependant préférable, car il se rapproche davantage du sein. Quant au choix du biberon, le meilleur est celui qu'on tient à la main, vu que les longs tuyaux en caoutchouc sont difficiles à laver, et que l'enfant à qui

on l'abandonne est susceptible à son réveil de prendre du lait froid qui pourrait lui être nuisible.—*Praticien.*

Traitement des différentes diarrhées. (1) Clinique de M. le Dr J. SIMON, à l'hôpital des Enfants Malades.—Les diarrhées qui dépendent de déchéances ou de diathèses demandent encore une explication. Prenons, par exemple, l'entérite chronique par suite de scrofule, de surmenage, ou d'anémie. En pareille circonstance vous devez prescrire le lait, un régime où tous les aliments soient en purée, tels que des potages, des panades, des œufs, de la pulpe de viande que je fais cuire un peu pour éviter la production du tœnia, des révulsifs sur le ventre (coton iodé, teinture d'iode, crayon limousin, vésicatoires), et, à l'intérieur, le bismuth à hautes doses et le diascordium en potion pour les petits, et en pilules pour les plus grands. La plupart du temps ce traitement suffira, non pour guérir, mais pour enrayer des entérites rebelles. Enfin, dans le cas où rien n'aurait réussi, ayez alors recours aux eaux de Plombières.

Il est encore des enfants qui, ayant eu autrefois, dans le bas âge, des maladies des voies digestives dont ils ont parfaitement guéri, sont repris, au moment du sevrage, de coliques sourdes à la suite desquelles ils rendent des matières glaireuses, des fausses membranes, et quelquefois même un peu de sang. C'est là une espèce d'entérite à laquelle on a donné le nom de pseudo-membraneuse que vous ne rencontrerez guère à l'hôpital. Ici, en présence de l'hypersécrétion qui occupe le rectum, l'S iliaque et le côlon, si vous donniez les mêmes substances que pour l'entérite chronique, vous donneriez de la constipation, et par suite de nouvelles tranchées. Permettez donc à l'enfant de se lever, d'aller même en classe, à la condition toutefois qu'il ne s'agite pas. Prescrivez-lui le régime de tout le monde en ayant soin que tous les aliments soient réduits en purée, et qu'on proscrive les aliments indigestes, tels que les aliments trop gras. Ajoutez à cela les substances alcooliques mêlées avec de l'eau, la bière de Strasbourg, les bandes de flanelle à demeure sur le ventre, les frictions chaudes matin et soir, et au commencement de chaque repas une cuillerée à dessert d'huile d'olive ou mieux d'amandes douces dans de l'eau contenant une cuillerée à dessert de graine de lin. A la fin du repas, qui doit être réglé de manière à ce que celui du midi soit beaucoup plus substantiel que celui du soir, faites prendre un peu de pepsine. Maintenant, matin et soir, il faut lui donner de grandes douches ascendantes, et, s'il ne guérit pas, l'envoyer à Plombières.

Quand l'enfant, au contraire, est herpétique ou rhumatisant, il a de la diarrhée sous formes de couennes. Aux premiers, vous conseillerez Royat, et aux seconds, Plombières. Quant aux diarrhées saisonnières, à celles propres à certaines familles, celles-ci demandent le traitement des diarrhées pseudo-membraneuses, et celles-là un éméto-cathartique. Enfin, lorsque vous aurez échoué sur place, vous recommanderez aux scrofuleux et aux anémiques les bains de mer, à condition toutefois qu'ils ne prennent pas de l'eau de mer à l'intérieur.—*Praticien.*

Croup membraneux ; croup diphthéritique ; vrai croup. — Le Dr J. Lewis SMITH, de New-York, publie dans le No d'avril de l'*American Journal of the Medical Sciences*, une étude très élaborée du vrai croup. Il passe en revue l'étiologie, les caractères anatomiques, le

(1) Suite et fin.—Voir la livraison de juin.

diagnostic et le traitement de cette maladie. Quelqu'en soit la cause, dit-il, les caractères anatomiques et les symptômes ressemblent tellement à ceux de la diphthérie, que malgré de nombreuses recherches, on n'a pu établir de différence, spécialement là où la diphthérie régnait, excepté cependant lorsque le croup était dû à l'ingestion ou à l'inhalation de quelqu'agent irritant.

Suivant le Dr Smith, l'inflammation des muqueuses du larynx et de la trachée, lorsqu'elle atteint un certain degré, et quelqu'en soit la cause, peut être accompagnée d'une exsudation fibrineuse et de la production d'une fausse membrane; ce résultat se montre plus souvent dans l'inflammation diphthéritique que dans toute autre. Dans la diphthérie, une laryngo-trachéite modérée s'accompagne de la formation d'une pseudo-membrane. Les expériences de Smith l'ont porté à conclure qu'un malade sur huit a guéri par le traitement médical commencé dans la première semaine de la diphthérie, alors que les symptômes annonçaient une sténose laryngéenne plus ou moins grande. L'exsudation, alors, c'est-à-dire, dans la période aiguë, se fait si rapidement et en telle abondance, qu'aucun des agents ou modes de traitement ordinairement prescrits n'est assez prompt dans son action, pour arrêter la formation d'une fausse membrane qui met bientôt la vie en danger.

Le croup survenant dans la deuxième ou la troisième semaine de la diphthérie, quand l'exsudation est moins abondante et moins rapide, cède plus souvent à l'usage persévérant des inhalations dissolvantes. On obtient en moyenne une guérison sur trois lorsque le traitement est ainsi commencé de bonne heure et que les inhalations sont continuelles ou presque continuelles.

Cependant la mortalité est si considérable et lessouffrances sont si grandes, dans le croup se montrant à n'importe quelle époque de la diphthérie, qu'on doit donner la préférence au traitement chirurgical qui offre les plus grandes chances de sauver la vie Les médicaments ou les inhalations ont une action trop lente pour nous garantir le succès.

Parlant du traitement médical, le docteur Smith recommande la trypsine comme excellent dissolvant. Du calomel, il dit: "l'expérience de plusieurs praticiens nous justifie de recourir au calomel au début de l'exsudation fibrineuse. Il ne faut pas l'administrer au point de produire le l'hydrargyrisme et d'augmenter la cachexie, comme certains médecins ont fait. Dans la forme ordinaire de la diphthérie il ne le recommande pas, tout au plus limite-t-il son usage à une ou deux doses de 6 à 10 grs. au début de la maladie et chez des malades robustes. Mais dans le croup, là où il n'y a pas de cachexie et où le danger dépend de la sténose laryngéenne qui peut se développer rapidement, le calomel est indiqué et doit être prescrit parce qu'il empêche l'exsudation, facilite la liquéfaction et la disparition des pseudo-membranes; s'il se produisait de la salivation, il faudrait le discontinuer. Donc il est convenable de prescrire le calomel dans le croup pendant plus longtemps et à plus haute dose que dans toute autre inflammation membraneuse, pourvu toutefois qu'il produise les effets voulus.

Dans sa propre pratique, le Dr Smith ne prescrit le calomel que le premier ou le deuxième jour; après ce temps, il emploie d'autres remèdes efficaces qui ne produisent pas d'effets injurieux. La trachéotomie bien faite et assez à bonne heure, suivant lui, donne en moyenne une guérison sur trois malades.

De la croissance.—Dans mon *Traité des Maladies de l'Enfance*, il y a un grand chapitre sur la croissance, croissance *réelle* ou apparente ; croissance en rapport avec les maladies qui la produisent ou en sont la conséquence. Ce sujet vient d'être repris par le Dr Ménard et je vais indiquer ses conclusions :

La croissance est le phénomène dominant de la période du jeune âge ; la manière dont elle s'accomplit influe sur la constitution des individus.

Elle est soumise à quelques influences qui sont dans notre dépendance et qui nous permettent de lui imprimer une direction favorable.

La croissance d'un sujet quelconque suit une bonne marche quand elle est conforme à la moyenne de son espèce ou à la moyenne de sa race. Plus rapide ou plus lente, à un moment donné, elle est dans une mauvaise voie et nos efforts doivent tendre, soit à la modérer soit à l'activer, suivant les cas.

Il n'y a pas à se féliciter, par exemple, de voir un enfant grandir outre mesure. " Les géants, dit I. Geoffroy de Saint Hilaire, sont ordinairement d'un tempérament lymphatique et d'une complexion très délicate ; ils sont affaiblis et épuisés par la rapidité et l'excès de leur accroissement."

L'embonpoint exagéré est aussi mauvais que la taille excessive. Par contre, un développement long et insuffisant entraîne une infériorité plus ou moins marquée.

Nous n'avons pas un guide pour chaque espèce ni pour chaque race ; mais on peut y suppléer provisoirement, à certains points de vue, en considérant que la marche de la croissance n'est pas sans analogie d'une espèce à l'autre. Rappelons-nous surtout que l'accroissement dans les trois ou quatre premières années de la vie est relativement considérable dans toutes les espèces ; de là l'indication générale que, si l'on veut exercer une action quelconque sur la croissance, *il faut s'y prendre dès le tout jeune âge*, alors que le moindre effet pourra se traduire d'une manière très appréciable.

Aussi ne devrons-nous rien négliger pour l'alimentation des enfants dès les premières périodes. A défaut de l'allaitement naturel, on pourra les soumettre à l'allaitement artificiel, à condition de leur assurer du lait de bonne qualité, exempt de toute substance conservatrice qui en altère la composition. Il est important d'éviter le sevrage prématuré et de donner, pour commencer, le lait et les œufs, qui sont les aliments de croissance par excellence.

Sous le rapport de la durée de la croissance, on constate dans la pratique bien des variations individuelles ; mais ici nous n'avons à regretter que les écarts dans un sens. Les sujets à croissance tardive n'ont pas un squelette solidement ossifié, et leur constitution est délicate. Quant à la croissance hâtive ou précocité, qu'il ne faut pas confondre avec l'élévation rapide de la taille, nous ne pensons pas qu'elle ait jamais des inconvénients dans l'espèce humaine ; et, pour les espèces animales, elle offre des avantages considérables au point de vue économique.

En résumé, si nous suivons attentivement la croissance d'un individu quelconque, et si des écarts se produisent, nous avons à en activer ou à en ralentir la marche ou bien à développer la précocité.

Dans l'espèce humaine, le cas le plus ordinaire est celui où il con-

vient d'activer la croissance. Chez les nouveau nés, l'accroissement en poids est le plus régulier et le plus facile à suivre. S'il reste au-dessous de la moyenne en l'absence de toute maladie, c'est que la nourrice ne donne pas assez de lait. Il est facile de s'en rendre compte, et le remède est tout indiqué. Plus tard, le sevrage prématuré et le sevrage tardif peuvent être cause d'une croissance insuffisante. Par un sevrage prématuré, l'enfant ne reçoit qu'une nourriture grossière que ses organes digestifs trop débiles ne peuvent pas élaborer, les maladies gastro-intestinales viendront ajouter un élément de plus à l'inanition relative. Si le sevrage est trop tardif, le lait maternel n'augmentant pas en richesse ni en quantité à mesure que les besoins de l'enfant s'accroissent, le même effet sera produit. Cela s'évite en donnant du lait de bonne qualité, associé peu à peu à des aliments d'une digestion facile et riches en principes hydro-carbonés et en principes minéraux; tels sont: la farine de froment, la farine de lentilles, les fécules (tapioca, arrow-root), etc.

Dans la seconde enfance et l'adolescence, le ralentissement de la croissance est dû souvent à l'évolution latente de la tuberculose et de la scrofule, ou bien à la production de l'anémie par diverses causes. A cette période, c'est la taille qui permettra d'apprécier l'insuffisance du développement, sans compter les signes de maladie. Ce sera le cas de recourir, non seulement à une alimentation appropriée, mais encore à des toniques tels que les préparations de fer et de quinquina.

Les aliments susceptibles d'activer la croissance sont ceux qui favorisent le développement de la trame osseuse, mais non la calcification: tels sont les légumes et les viandes.

Il sera très important de graduer l'exercice depuis la marche, la gymnastique, la danse, jusqu'à l'équitation, la natation, etc.; il faudra surtout éviter les efforts violents et les fatigues qui pourraient momentanément exagérer l'effet voulu et finalement entraîner des troubles de la nutrition.

Il est assez rare dans la pratique qu'on se préoccupe de réagir contre la croissance exagérée. Cependant l'indication s'en présente assez souvent.

Dans ce cas, l'indication hygiénique est bien précise; il s'agit de modérer la croissance et de reconstituer les tissus altérés. Nous avons vu quel est le régime alimentaire capable de produire un pareil effet, c'est celui qui fournira à l'organisme, dans des proportions convenables, tous les principes nécessaires à son développement, *et particulièrement les principes qui favorisent l'ossification du squelette.* Le fond de ce régime comprendra le lait, les œufs, le pain, les haricots, les pois, les lentilles; la viande et le poisson ne viendront qu'en supplément.

Le même régime conviendra pendant la convalescence des maladies aiguës qui auront donné une trop vive impulsion à la croissance.—Dr Bouchut, in *Paris médical.*

Traitement de la plaie ombilicale chez le nouveau-né; par MM. Crédé et Weber.—Chez le nouveau-né, la plaie ombilicale peut être le point de départ de deux sortes d'accidents; les hémorrhagies et les inflammations.

On sait que la circulation s'arrête dans les vaisseaux du cordon ombilical sitôt que le nouveau-né se met à respirer d'une façon régulière.

Le danger d'une hémorrhagie n'existe donc que chez les enfants nés avant terme et qui se trouvent en état d'asphyxie imminente. D'autre part, on attendra, pour sectionner le cordon, que les pulsations dans les vaisseaux ombilicaux soient devenues faibles et que l'enfant ait poussé quelques cris vigoureux. Il n'y a aucun avantage à attendre plus longtemps.

En général, on se sert à peu près exclusivement, pour la ligature du cordon, du ruban en toile. MM. Crédé et Weber ont fait différentes expériences qui leur ont fourni la preuve qne l'oblitération du cordon obtenue de cette façon est incomplète. Il en est de même quand on lie le cordon avec la soie phéniquée, des fils en chanvre ou encore sur une aiguille. Un procédé de ligature qui est beaucoup préférable et qui a été introduit dans le service de M. Crédé, à la clinique de Leipzig, est celui qui consiste à lier le cordon ombilical avec une corde en caoutchouc de deux millimètres d'épaisseur ou avec un tube en drainage. La priorité de ce procédé revient à M. Budin. Toutefois, étant donnée la facilité avec laquelle le lien en caoutchouc glisse sur le cordon, il faut, pour bien assujettir le lien en place, recourir à l'assistance d'un aide. Pour obvier à cet inconvénient, M. Tarnier a proposé de lier en même temps que le cordon un petit morceau de bois, tel qu'un fragment d'allumette, placé parallèlement. On le brise ensuite au-dessous de la ligature et on retire les deux morceaux de dessous le lien en caoutchouc.

Le procédé suivant offrirait, au dire des auteurs, une plus grande simplicité. On plie en deux un tube à drainage ou un lien en caoutchouc de 20 centimètres de longueur. On en fait un nœud coulant qui enserre le cordon. On serre le nœud coulant et on contourne le cordon en sens inverse avec les deux extrémités du lien, pour nouer une seconde fois. Cette ligature offre une entière sécurité contre les dangers d'hémorrhagie et peut dès lors être appliquée très près de l'ombilic.

Pour protéger la plaie ombilicale contre les complications inflammatoires, il faut éviter que le bout du cordon divisé ne soit exposé à des tiraillements ou à d'autres irritations traumatiques. A cet effet, on appliquera le pansement suivant: après que l'enfant aura été lavé, on enveloppe dans de l'ouate le bout du cordon qui adhère à l'ombilic, et on le fixe, sans serrer, au flanc gauche de l'enfant, à l'aide d'une bande. Chaque fois qu'on baigne l'enfant, on renouvelle l'ouate jusqu'à complète cicatrisation de la plaie. L'ouate a pour but d'empêcher le contact de la plaie avec l'air extérieur. On obtient ainsi la momification du cordon et l'on peut baigner régulièrement les enfants, ce qui n'a pas lieu quand on a recours au pansement ouaté à demeure, suivant le procédé de Dohrn.—*Paris médical.*

Mixture contre le coryza aigu.—M. Hager préconise la formule suivante contre le coryza aigu :

Acide carbolique (lisez phénique)	5	parties
Alcool rectifié	15	—
Liqueur ammoniacale caustique	5	—
Eau distillée	10	—

SYPHILIGRAPHIE.

Diagnostic du chancre infectant.—On est souvent bien embarrassé pour établir le diagnostic entre l'herpès des organes génitaux et le chancre infectant. Il existe une variété d'herpès érosif et solitaire qui simule tellement le chancre, qu'on lui a donné le nom d'herpès chancriforme. Parmi les caractères différentiels donnés par les auteurs classiques, le contour polycyclique de l'ulcération n'a sa raison d'être que lorsque celle-ci résulte de plusieurs lésions élémentaires fusionnées; l'adénopathie n'est également qu'un signe trompeur, elle est quelquefois encore peu marquée au début d'une lésion chancreuse, et l'herpès peut en provoquer une relativement considérable chez les individus à système lymphatique très développé. Il faut donc savoir gré à M. H. Leloir, professeur de dermatologie à la Faculté de Lille, de nous signaler un caractère différentiel nouveau, qu'il propose d'appeler " signe de l'exprimation du suc ". Pour ne pas froisser la langue française, nous préférerions " signe de l'expression."

" Prenons un chancre nain, un chancre érosif, et même prenons un chancre quelconque. Pressons-le entre les doigts aussi longtemps que nous voudrons; nous ne ferons pas sourdre à sa surface plus de liquide qu'il n'en existe ordinairement; c'est à peine si cette surface sera vernissée par une mince couche de liquide.

" Prenons, au contraire, une érosion d'herpès (d'herpès solitaire, dans le cas actuel), pressons-la entre les doigts, et nous ferons sourdre à sa surface une goutte d'un liquide séreux, transparent, analogue à la sérosité de certains eczémas. Essuyons cette gouttelette, pressons de nouveau, nous ne tarderons pas à voir sourdre une nouvelle gouttelette de liquide. Essayons encore, puis pressons encore, nouvelle gouttelette. Et ainsi de suite.

" Donc, dans le chancre, pas ou peu de suintement: ce suintement n'est pas exagéré par la pression; une fois essuyé, il ne se reproduit qu'avec la plus grande difficulté. Dans l'herpès, au contraire, suintement plus abondant, augmenté par la pression, et se reproduisant abondamment par la pression un grand nombre de fois.

" Ce phénomène peut être expliqué par les considérations anatomo-pathologiques suivantes, basées sur la structure respective des deux lésions précédentes. Dans l'herpès, par suite de l'hyperhémie neuroparalytique, il y a œdème hyperhémique localisé et plus ou moins accentué du derme, parfois de l'hypoderme, et dilatation vasculaire.

" Dans le chancre, rien de semblable: nous sommes en présence d'un syphilome, d'un néoplasme dur, accompagné parfois de sclérose vasculaire. Donc, dans l'herpès, en comprimant la base de la lésion élémentaire, l'on fait soudre à la surface de l'érosion le liquide de l'œdème localisé du tégument, le suc de la lésion, si j'ose m'exprimer ainsi. Dans le chancre, au contraire, il n'y a pas de suc que l'on puisse exprimer à la surface de la lésion; il n'y a qu'un néoplasme dur, résistant, incompressible.

" Parfois, dans l'herpès, l'œdème localisé du derme peut produire, sous l'érosion herpétique, une sorte d'induration simulant de très près, au premier abord (par sa limitation et sa consistance), l'induration superficielle de certains chancres nains. Mais, si l'on saisit entre les doigts cette pseudo-induration de l'herpès, l'on arrivera, au bout de quelque

temps, au moyen d'une pression forte et prolongée, à faire diffuser dans les tissus ambiants l'œdème localisé, et, par conséquent, à modeler, à déformer, à aplatir entre les doigts cette pseudo-induration. Il n'en est pas de même dans le chancre. On a beau presser, aussi longtemps que l'on veut, son induration entre les doigts, on ne la déformera pas".—Dr BARETTE, in *Concours médical*

Traitement du chancre infectant.—Extrait d'une clinique de M. FOURNIER à l'hôpital Saint-Louis.—La première question qui se présente est de nous demander si l'on peut faire avorter le chancre, et, dans le cas où cela serait possible, quels sont les avantages qui en résultent.

On peut, il est vrai, détruire le chancre au moyen des caustiques, du fer rouge ou même l'enlever avec des ciseaux; mais en convertissant le chancre en plaie, vous ne supprimez pas la vérole. Plusieurs observations vous rapportent que cette opinion est fausse, mais la plupart vous affirment le contraire, et afin d'éviter toute discussion sur ce sujet, je vous citerai celle de Rasori parue dans le journal italien des maladies vénériennes.

Un docteur en droit ayant eu rapport avec une femme apprend qu'elle a la vérole. Il va trouver Rasori et s'observe pendant 28 jours. Le matin du 29me il constate l'existence d'une petite papule presque érosive, et court chez son ami qui excise le chancre d'un coup de ciseau 12 heures après son apparition. La plaie se cicatrise, et 48 jours après, la roséole et les plaques muqueuses font leur apparition. Il n'y a donc aucun avantage, ni général, ni même local, à agir ainsi; vous n'aboutissez qu'à produire une plaie qui laissera une cicatrice indélébile, et le mieux est de le laisser vivre en paix en s'efforçant d'abréger sa durée par un traitement approprié à la circonstance.

Conseillez aux malades d'éviter tout contact et, sans exiger le repos, défendez-leur de se fatiguer. Ordonnez des lotions à l'eau de guimauve, des bains, et faites poser de la charpie sèche ou imbibée d'un corps gras sur l'érosion afin de la protéger. En voilà assez; mais vous savez que ce n'est pas suffisant, et que le médecin qui n'a pas recours au pharmacien risque fort d'être déconsidéré. Ordonnez alors des lotions émollientes à l'eau de laitue et du cérat opiacé ou du calomel. A la période terminale, les lotions avec la liqueur de Labarraque coupée d'eau et les poudres inertes de calomel, d'oxyde de zinc, etc., sont bonnes pour ne pas dire insignifiantes. On a vanté à tort l'iode, l'iodoforme, le sulfate de fer, l'acide phénique car le chancre ne demande qu'à guérir de lui-même. Il est donc préférable de laisser ce sujet de côté, et de vous conseiller de ne pas employer l'alun, le sulfate de cuivre, l'urine, le perchlorure de fer et la cendre de pipe, qui sont nuisibles. Le nitrate d'argent ne doit être employé que comme modificateur contre le chancre qui languit et qu'à la période extrême lorsqu'il bourgeonne. La cautérisation de l'induration est détestable, car on ne fait que l'exagérer. Il en est de même, lorsqu'on l'excise, et il est préférable d'attendre la résorption.

Ceci-dit, examinons maintenant s'il faut commencer le traitement de la vérole. Au point de vue du chancre, cela n'a pas d'importance car nons savons qu'il guérit tout seul; mais en est-il de même pour la diathèse? Non, et quoique les observations soient en désaccord sur ce

sujet, je vous conseille d'employer le mercure d'emblée lorsque vous êtes sûr de votre diagnostic, et d'attendre que l'expectation vous ait éclairé si vous ne faites que suspecter la syphilis.—*Praticien.*

Traitement de la Syphilis.—Nous trouvons dans la *Revue médicale*, le résumé suivant de la manière de voir sur ce sujet, de M. le Dr Lancereaux. Il panse le chancre avec la solution de chloral au 1-10 et donne pendant toute la période secondaire, les toniques, l'hydrothérapie et l'exercice. Contre la fièvre syphilitique, il s'est, en général, trouvé bien d'un vomitif qui débarrasse les voies digestives, de bains tièdes qui apportent un grand soulagement au malade. Le traitement n'a ici qu'une activité médiocre ; l'iodure de potassium calme, en général, les douleurs concomitantes de ce mouvement fébrile. Il est à remarquer que le traitement interne spécifique est peu efficace contre les plaques muqueuses. Les topiques locaux sont, au contraire, très puissants lorsqu'en même temps le repos et la propreté suppriment les causes locales d'irritation. A l'anus et aux parties génitales, de simples cautérisations au nitrate d'argent font quelquefois disparaître de volumineuses masses de syphilides. Divers caustiques peuvent être employés ; mais je vous recommande surtout un remède qui me réussit beaucoup : des lotions avec une solution de chloral au cinquième, que l'on peut étendre d'eau suivant la sensibilité des parties. Pour les syphilides de la bouche et de la gorge, la cautérisation est également utile ; mais à mon sens le moyen le plus efficace pour combattre ces manifestations est le chlorate de potasse pris à l'intérieur et dont l'élimination se fait par la bouche. Nous considérons que le traitement mercuriel n'a la plupart du temps d'autre effet que d'entretenir les plaques muqueuses de la bouche et de la gorge. Toutes les autres syphilides cutanées de cette période sont favorablement modifiées par le traitement mercuriel.

Abordant ensuite la question de la forme sous laquelle il convient le mieux d'administrer le mercure, M. Lancereaux se prononce pour l'onguent mercuriel, soit à l'intérieur sous forme de pilules de Sédillot, soit à l'extérieur : frictions quotidiennes avec deux, trois ou quatre grammes, appliquées au niveau des plis articulaires. L'iodure de potassium, dit-il, peut être employé isolément et avec succès dans les douleurs osseuses et les céphalées du début de la syphilis. Il a une action énergique dans toutes les périodes de la maladie, mais il est moins actif que le mercure en frictions. On retire les meilleurs effets de l'emploi simultané des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium, et nous les conseillons vivement dans toutes les syphilis graves et tertiaires.

C'est à cette médication que l'auteur a recours lorsque la syphilis est parvenue à sa période gommeuse ou destructive. Il est essentiel alors d'agir activement et sans retard. La médication tonique et les soins locaux ne viennent qu'en seconde ligne. Il ne faut jamais être arrêté, dans l'administration du mercure, par l'état de cachexie du malade. Des améliorations inespérées peuvent survenir dans un espace de temps très court, par les effets étonnants de cette médication. On doit associer les deux médicaments. Dans le cas de lésions nerveuses, l'emploi du calomel à doses fractionnées, porté jusqu'à salivation, nous a donné de très beaux résultats. Dans le service de Legroux j'ai vu, sous l'influence de ce médicament, un malade atteint d'hémiplégie devenir hémichoréique et guérir ensuite.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Hydropisie.—*Peter.*

P.—Poudre de scille ..... } de chaque
Poudre de digitale ..... } 1 grain
Calomel ..... }

M.—Divisez en 3 paquets.

Dose : Un toutes les heures. On peut répéter au bout de 3 ou 4 jours.—*Union médicale.*

Alopécie.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide de jaborandi ..... 1 once
Teinture de cantharides ..... ½ "
Liniment de savon ..... 2½ onces

M.—En frictions, une fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Injection vaginale antiseptique.—*Hôpital Lariboisière.*

P.—Biiodure de mercure ..... } ãã
Iodure de potassium ..... } 1 grain
Eau ..... 1 chopine

L'injection doit être faite à la température d'environ 50° c.—*Bulletin de thérapeutique.*

Collutoire.

P.—Acide salicylique ..... } ãã
Chlorate de potasse ..... } 1 drachme
Bi-sulfate de soude ..... }
Glycérine ..... } ãã
Eau ..... } 8 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé, en collutoire, toutes les heures ou toutes les 3 heures ; il faut avoir soin de bien laver la bouche au préalable.—*Analectic.*

Choléra infantile.—*J. L. Smith.*

P.—Teinture d'opium ..... 16 gouttes
Esprit aromatique d'ammoniaque ..... ½ à 1 drachme
Sous-nitrate de bismuth ..... 2 drachmes
Sirop simple ..... ½ drachme
Mixture de craie ..... 1½ once

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé toutes les deux ou trois heures, pour un enfant de 8 à 12 mois, jusqu'à cessation des vomissements et de la diarrhée.—*Druggists Circular.*

Suppositoire au chloral.

P.—Hydrate de chloral ..... 5 parties
Cire jaune ..... 5 "
Beurre de cacao ..... 15 "

M.—Pour cinq suppositoires.—*Gazette médicale de Paris.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, JUILLET 1885.

Décisions judiciaires concernant les Journaux.

1o. Toute personne qui retire régulièrement un journal du bureau de poste, qu'elle ait souscrit ou non, que ce journal soit adressé à son nom ou à celui d'un autre, est responsable du paiement.

2o. Toute personne qui renvoie un journal est tenue de payer tous les arrérages qu'elle doit sur abonnement ou autrement, l'éditeur peut continuer à le lui envoyer jusqu'à ce qu'elle ait payé. Dans ce cas, l'abonné est tenu de donner, en outre, le prix de l'abonnement jusqu'au moment du paiement, qu'il ait retiré ou non le journal du bureau de poste.

3o. Tout abonné peut être poursuivi pour abonnement dans le district où le journal se publie, lors même qu'il demeurerait à des centaines de lieues de cet endroit.

4o. Les tribunaux ont décidé que le fait de refuser de retirer un journal du bureau de poste, ou de changer de résidence et de laisser accumuler les numéros à l'ancienne adresse constitue une présomption et une preuve " prima facie " d'intention de fraude.

Variole et vaccination.

Décidément nous tenons une épidémie de variole, et, à en juger par ses débuts, elle promet d'être solide et de faire sa marque Après avoir fait semblant de se ralentir quelque peu, le fléau reprend de plus belle, et aujourd'hui les cas sont des plus nombreux. Malheureusement, c'est au cœur même de la ville, au milieu d'une population très dense et où les jeunes sujets ne manquent pas que la maladie sévit davantage.

Nous ne reviendrons pas sur le malheureux concours de circonstances par suite desquelles la variole s'est introduite dans Montréal. Le mal est fait, et nous n'avons plus qu'à en prendre notre parti en travaillant énergiquement à l'empêcher de se propager. Mais ce n'est pas facile. La variole nous trouve mal préparés à la recevoir. Depuis plusieurs années il ne se faisait pas de vaccination active, attendu que nulle part il n'était question de petite vérole. Or, au moment même où celle-ci nous arrive et à son occasion, la vaccination passe à l'état d'épouvantail aux yeux de notre population, et cela grâce à quelques accidents locaux et isolés, à quelques complications érysipélateuses faciles à prévoir, étant donnée la constitution médicale de la saison. Avec un peu plus de prudence de la part des vaccinateurs publics, et un peu de bonne volonté de la part de certains médecins toujours empressés de crier *au feu* à la vue d'un peu de fumée, la vaccination aurait pu se faire assez facilement, croyons-nous. Aujourd'hui, le public est alarmé. Il craint le vaccin à l'égal de la variole, et ce n'est pas peu dire. Il devient donc presque impossible de songer à cette mesure prophylactique.

L'isolement, qu'il importerait très grandement d'assurer aux victimes de la variole, n'est pas possible non plus, faute d'un local suffisant. La bâtisse qui sert actuellement d'hôpital civique peut à peine contenir convenablement plus de quinze à dix-huit malades, et il serait inhumain de songer à y en entasser un plus grand nombre à la fois. Il faut donc voir immédiatement à ce qu'un local plus spacieux soit affecté aux varioliques, sans quoi autant vaut les laisser en paix au sein de leurs familles respectives. En même temps, il ne serait peut-être pas mal à propos de nommer un médecin *résidant* à l'hôpital civique, comme cela se fait pour tous les hôpitaux où l'on admet des cas sérieux. Il trouverait de quoi s'employer.

***

En cette circonstance, il est du devoir de la profession médicale toute entière de prêter main forte et assistance à l'officier de santé. Chaque nouveau cas de variole devrait être enregistré au Bureau de Santé par le médecin même qui a tel cas sous ses soins. Le Bureau pourrait alors immédiatement prendre les mesures nécessaires pour assurer l'isolement du malade, la désinfection de l'habitation, etc., et limiter ainsi autant que possible les chances de contagion. Si les autorités sanitaires sont laissées à elles seules dans cette lutte contre l'épidémie qui nous décime, on peut s'attendre à des résultats désastreux.

Le Bureau de Santé.

Enfin, Montréal a un médecin officier de santé ! Après des pourparlers qui ont duré près d'un mois, le Conseil de Ville s'est décidé à en finir, et il a nommé médecin de la cité, M. le Dr Louis Laberge. Ce n'était pas là le choix de la commission consultative d'hygiène. Celle-ci avait recommandé le Dr Beausoleil. Le comité de santé, lui, ne voulait pas de celui-ci et lui préférait M. le Dr N. Fafard. Le conseil de ville a tranché le nœud gordien en rejetant les deux candidats les plus en faveur pour élire M. le Dr Laberge à une majorité de 6 ou 7 voix.

Le nouvel officier de santé ne devra pas demeurer inactif. Il a de l'ouvrage tout prêt, et s'il comprend bien le sérieux de sa position il se mettra à l'œuvre immédiatement. Nous lui souhaitons, pour cela, tout le succès et toute la patience possible. Tout le monde, on le sait, se mêle un peu des affaires du Bureau de Santé. Nos dignes échevins, si peu compétents qu'ils soient en les choses de l'hygiène, ont néanmoins la prétention de s'y entendre et ils savent le prouver à l'occasion, ainsi que M. le Dr Laberge ne tardera pas à s'en apercevoir s'il ne s'en est déjà aperçu. Nous espérons néanmoins qu'il saura déployer assez de fermeté pour rester sourd à la voix des conseils et même des ordres *intéressés* pour n'écouter que la voix du devoir et les avis des médecins composant la commission consultative d'hygiène. De son côté, la Commission, si elle comprend le rôle qu'elle est appelée à jouer, saura faire tout en son pouvoir pour aider le médecin de la Cité à réorganiser le service de la santé publique, ainsi que le Bureau de Santé lui-même dont le prestige est tout à fait compromis dans l'esprit du public.

Ce travail de réorganisation n'est pas une petite tâche, et nous estimons que le fonctionnement du département de la Santé, si on le veut être ce qu'il doit être, n'est pas non plus une affaire de mince importance. Le médecin de la cité devra y mettre tout son zèle et toute son énergie. Il importe avant tout qu'il soit maître dans son département, et n'ait de comptes à rendre qu'au comité, pris collectivement, et non pas à chacun des échevins en particulier. S'il arrive que, tiraillé de côté et d'autre par des influences personnelles et plus ou moins indues exercées sur lui par celui-ci ou celui-là, il est forcé de plaire à tous en même temps qu'à chacun, il ne tardera pas à comprendre que la place n'est pas tenable et qu'il est impossible de diriger l'ouvrage d'un bureau de cette importance en de semblables conditions. Le Conseil-de-Ville lui accorde un joli salaire et c'est tant mieux, mais encore faut-il qu'il ait de la latitude, des pouvoirs réels, de l'autorité enfin ! Sans cela, rien n'est possible.

Encore ces charlatans.

M. de Lamirande nous informe que deux causes viennent d'être gagnées par le Collège des Médecins et Chirurgiens devant les tribunaux de la province. La première était instituée contre le sieur Barthélémi Thierney, de West Farnham, qui pratiquait la médecine, sans licence, depuis nombre d'années. Si nous ne faisons erreur, c'est ce même Sieur Thierney qui, tout dernièrement, s'adressait au Bureau Provincial de Médecine à l'effet de se faire octroyer une licence *prescrite*, suivant lui, par vingt-cinq années de services. Mais un jugement, une condamnation, une amende, ce n'est pas tout, il faudrait empêcher ce monsieur de continuer l'exercice illégal de la médecine. Le fera-t-on ?

La seconde cause touche de très près la profession montréalaise. Il s'agit de Maître Antoine Racicot, domicilié 220 rue St-Laurent. Ce digne vendeur de racines a confessé jugement et a payé capital et frais. C'est bien, c'est même très bien, mais est-ce que cela va empêcher le Racicot de continuer son commerce ? Pas du tout. Du reste, il aurait bien tort de le faire. Comment ! voilà un individu (qu'il veuille bien ne pas s'offenser de l'expression) qui bon an, mal an, voit des sommes considérables s'engloutir dans son escarcelle, qui a le don de se faire payer grassement la marchandise qu'il débite, (et il en débite Dieu sait comme,) et l'on serait assez naïf pour croire qu'il va se laisser décourager par une ou deux misérables amendes par année ? Allons donc. Nous sommes convaincu que Racicot n'a pas un seul mauvais client. Tous le paient en bonnes espèces. La clientèle est considérable, il n'y a pas à le nier, et lui donne peu de trouble, attendu qu'il n'a pas à se déplacer pour en prendre soin. Elle lui vient spontanément, toute faite, une véritable manne, quoi. On peut calculer facilement ce que cela peut rapporter. Eh bien ! qu'est-ce que cela lui coûte, après tout ? Cinquante, disons-nous même cent dollars par année, c'est-à-dire une ou deux amendes payées aux cours de justice sur la plainte du Bureau de médecine représenté par son agent. C'est bien peu, si l'on veut se donner la peine de comparer ces chiffres à ce que nous, médecins licenciés, perdons annuellement par le fait de clients malhonnêtes qui ne nous paient pas.

Il est donc bel et bon de courir sus aux charlatans, de leur faire rendre gorge autant que possible, mais il ne faut pas oublier que cela ne suffit pas. Il faut prévenir les récidives, il faut une loi contre les récidivistes, loi qui comporterait une amende bien plus forte ou la prison tout simplement.

Voyez Racicot qui vient de payer ses cinquante dollars d'amende et les frais d'une action de ce genre. A-t-il fermé boutique ? A-t-il franchi la frontière ? Allez frapper à la porte du nº 220 rue St-Laurent et vous l'y trouverez encaissant l'argent et distribuant ses racines comme si rien n'était. Pas plus tard qu'hier nous avons reçu une de ses circulaires glissée sous la bande d'un journal. A l'heure qu'il est il doit être rentré dans les déboursés de son dernier procès. Et c'est encore à recommencer. Cet homme-là se fiche de nous comme de l'an quarante, et, dans l'espèce, il a bien un peu raison.

Il nous faut donc une loi contre les récidivistes. Par la même occasion, qu'on nous en donne aussi une contre les *dames* qui se permettent (que ne se permettent-elles pas ?) de *pratiquer la botanique* à la Racicot. Une circulaire nous est arrivée l'autre jour, émanée de l'officine de Madame R. Desmarais et Lacroix (lequel des deux est l'heureux mari ? Est-ce Desmarais ? Est-ce Lacroix ?) C'est une vraie perle du genre. On y vante les qualités mirifiques du *Bimadgia*, de l'*Imogina*, du *Sirop Bimaais*, de l'*Anokitas* (à la bonne heure !), de l'*huile Andek*, du *liniment Angoa*, et des *ciroïnes en boîtes de Bakanad*, le tout inventé, préparé, vendu, etc. par la susdite Dame. C'est Racicot en jupons, avec un peu plus de littérature et moins de grammaire. Mais cela importe peu pour le moment. Sait-on bien ce que cette femme encaisse de gros sous par jour ? Et on la laisse faire ! Le jour n'est peut-être pas loin où quelque Gouverneur du Bureau la fera mander chez lui pour le guérir d'un mal d'aventure.

Un ami nous disait l'autre jour : " Savez-vous ce qu'il faudrait pour forcer le Bureau Provincial de Médecine à s'occuper un peu sérieusement et efficacement des charlatans ? Il faudrait n'élire comme gouverneurs que des médecins pauvres. Ce ne sont pas eux qui resteraient inactifs et qui tireraient de l'arriere pour faire cesser l'état de choses actuel relatif aux charlatans. Nos Gouverneurs d'aujourd'hui sont tous assez bien doués du côté de la fortune et peu leur importe sans doute que les charlatans s'enrichissent à nos dépens."

Nous donnons l'argument pour ce qu'il vaut, s'il vaut quelque chose, mais à coup sûr, il doit exister quelque part un moyen efficace de mettre fin aux *charlataneries* que nous venons de signaler. S'il n'existe pas, ce moyen, qu'on en fasse un, et que cela finisse.

M. Pasteur et M. le Dr Robillard.

M. le Dr E. Robillard, de retour d'Europe depuis quelque temps s'est imaginé sans doute que ses confrères du Canada étant fort arriérés en fait de connaissances scientifiques, il importait grandement de les tirer de l'ornière. Dans une conférence donnée au Bureau de Santé et à laquelle il avait convoqué quelques-uns des médecins de Montréal, il a daigné entretenir son auditoire des théories microbiennes de M. Pasteur, comme s'il se fut agi là d'un fait absolument nouveau.

Si M. Robillard a eu pour but d'éclairer ses confrères en leur parlant de choses tout à fait neuves et inconnues d'eux jusqu'à aujourd'hui, il peut être sûr d'avoir manqué son effet. Grâce à Dieu, nous ne sommes pas aussi en arrière que M. Robillard veut bien le croire, et chaque courrier d'Europe nous tient au courant des découvertes scientifiques du jour avec autant d'exactitude et clarté que l'éminent conférencier le pourrait faire lui même. Il n'est pas besoin d'avoir vécu quelques mois à Paris pour savoir que le microbe existe et que Pasteur est son prophète!

Nos confrères d'Europe voudront bien, nous les en prions, de ne pas nous prendre pour des ignares parce qu'il a plu à M. le Dr Robillard de venir nous parler de choses qui, pour se rapporter à des infiniment petits n'en sont pas moins infiniment connues de tous.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

BELL (Clark).—*Shall we hang the insane who commit homicides?* by Clark Bell, Esq., of New York.

WILSON (H. C. P.)—*Foreign bodies left in the abdomen after Laparotomy*, by H. C. P. Wilson, A.M., M.D.

NOUVELLES MEDICALES.

Le *Philadelphia Polyclinic* et le *Philadelphia Post Graduate Medical School* viennent de fermer leurs portes et leurs cours.

L'Université d'Edimbourg compte 3,396 étudiants inscrits. Dans ce nombre sont compris 1,724 élèves en médecine.

La Faculté de médecine de Paris ayant désigné pour la chaire d'hygiène, vacante par la démission de M. Bouchardat : en première ligne, M. PROUST; en deuxième ligne, M. LANDOUZY; le choix du ministre de l'Instruction Publique s'est arrêté sur M. PROUST.

Au Congrès international de Copenhague, on a présenté une statistique des médecins du monde entier. Il y en aurait un chiffre total de 189,650.

Le *American Journal of the Medical Sciences* sera transformé, en janvier prochain, en une publication anglo-américaine intitulée : *The International Journal of the Medical Sciences*, qui sera publiée simultanément sur les deux côtés de l'Atlantique. Le Dr I. Minis HAYS en sera le rédacteur américain et M. Malcolm MORRIS le rédacteur européen.

Hopital Notre-Dame.—Durant le terme d'été le service chirurgical de cet hôpital est sous la direction de M. le Dr A. Lamarche. M. le Dr H. E. Desrosiers a pris la direction du service médical.

Nécrologie.—A Paris, M. Noël GUÉNEAU de MUSSY, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, professeur agrégé à la Faculté.

Université Laval, Montréal.—FACULTÉ DE MÉDECINE.—Les examens pour la licence et le doctorat en médecine ont eu lieu dans le cours du mois de juin. Les questions qui suivent ont fait le sujet de l'épreuve écrite.

PREMIER EXAMEN.

Anatomie : Origine, insertion et rapports des muscles de l'abdomen ; bornes du canal inguinal.

Physiologie : Système nerveux. 1° Propriétés spéciales des tissus nerveux. 2° Disposition générale du système nerveux (cellules, fibres, centres nerveux, organes périphériques). 3° Système nerveux sensitif. 4° Système nerveux moteur. 5° Coordination des mouvements. 6° Actions réflexes.

Pathologie générale : Troisième période de l'inflammation, ou période de formation.

Histologie : Cellules nerveuses et tubes nerveux ; description complète. Leur rôle physiologique.

Hygiène : Prescriptions hygiéniques concernant les écoles.

Chimie : Réactifs à employer pour la recherche de l'albumine et du sucre dans l'urine.

DEUXIÈME EXAMEN.

Pathologie interne : Dyssenterie : Symptômes et traitement.

Pathologie externe : Les fractures : Causes, symptomatologie. Traitement.

Matière médicale et thérapeutique : Iodoforme.

Tocologie : Causes de l'avortement spontané.

Ophthalmologie et otologie : Névrite optique et ses indications cliniques ; symptômes, étiologie, pronostic. Névrite optique et affections cérébrales.

Toxicologie : Empoisonnement par le chloral.

A la suite de ces examens, les degrés suivants ont été conférés.

Docteur en médecine : M. Jos. N. Legault.

Licenciés en médecine : MM. Jos. Rochon et Walter Lamarche.

Bacheliers en médecine : MM. A Duhamel, J. B. Richard, Chs. E. Marcil, S. Girard, A. Lavallée, H. Mayrand et R. Perrault.

NAISSANCES.

CUERRIER.—A St-Télesphore, le 23 juin, la dame du Dr J. Cuerrier, une fille.

DESROCHES.—A Montréal, le 24 juin, la dame du Dr J. I. Desroches, une fille.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE D'OTOLOGIE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—M. FOUCHER.

Des corps étrangers de l'oreille.

MESSIEURS,

Les corps étrangers qui élisent domicile dans l'oreille sont en grand nombre. Je n'entreprendrai pas de vous les citer tous; les enfants, d'ailleurs, trouvent, tous les jours, le moyen de s'en introduire de nouveaux dans cette cavité. Parmi les principaux nous pouvons citer les pois, les fèves, des bouts de crayons, des noyaux de cerises, des morceaux de papier et des petits cailloux. On peut considérer aussi comme corps étrangers de l'oreille l'accumulation de cérumen dans le conduit auditif externe. C'est celui que nous avons le plus souvent occasion de rencontrer, c'est aussi celui qui va vous occuper plus particulièrement dans cette leçon clinique.

Le cérumen est, comme vous le savez, sécrété par les glandes cérumineuses du conduit auditif ainsi que par toutes les glandes qui tapissent ce conduit. On trouve donc, en outre du cérumen, le produit des glandes sébacées, des poils et la desquamation épidermique. Lorsque la production cérumineuse est modérée, elle recouvre les parois du conduit cartilagineux, sous forme d'anneau jaunâtre dont les couches les plus superficielles se dessèchent et sont rejetées au dehors sous l'influence des mouvements du maxillaire inférieur. Sous l'influence de causes très variées, cette sécrétion est augmentée, ou son rejet au dehors est entravé, d'où accumulation et obstruction du conduit auditif.

Parmi ces causes, on doit citer l'érythème de la peau du conduit auditif, l'otite externe diffuse ou circonscrite, l'eczéma, les otites moyennes, le rétrécissement anormal du conduit auditif, le défaut et l'excès de propreté, ainsi que les corps étrangers introduits accidentellement dans l'oreille.

Le conduit auditif, lorqu'il est rétréci par une cause quelconque, inflammatoire ou autre, ou qu'il décrit des courbes trop accentuées, met un obstacle à l'écoulement au dehors du produit des glandes cérumineuses. L'érythème, l'eczéma et les écoulements de l'oreille facilitent l'accumulation du cérumen en y mélangeant des masses épithéliales, des poils et autres produits de sécrétion qui le rendent plus compact, plus adhérent aux parois du conduit. L'excès de soin des oreilles, tout étrange que cela puisse paraître, peut produire le même résultat. En s'introduisant de l'eau savonneuse dans les oreilles, en utilisant le coin de la serviette pour nettoyer profondément le conduit, on refoule la sécrétion qui tend à s'en échapper, et on produit précisément ce que l'on veut éviter. Il n'y a donc rien d'étonnant dans le fait que l'accumulation de cérumen est plus fréquente chez les personnes qui

prennent beaucoup de soin de leurs oreilles que chez celles qui s'en abstiennent.

Les corps étrangers introduits artificiellement dans l'oreille contribuent à la rétention du cérumen, en rétrécissant le conduit, et aussi, par irritation locale, en augmentant la sécrétion cérumineuse. Indépendamment de toutes les causes que nous venons de signaler, il arrive que certaines personnes sont plus sujettes que d'autres à l'accumulation du cérumen par le seul fait que leurs glandes cérumineuses en sécrètent en très grande abondance.

Il est en général assez facile de reconnaître la présence de cérumen dans les oreilles. Cependant, j'ai pu me convaincre plus d'une fois, en vous faisant examiner les cas qui se présentent ici, que le diagnostic n'en est pas toujours aussi facile qu'on se l'imagine, surtout lorsqu'on commence à manier l'otoscope. Les erreurs sont occasionnées par les reflets qui se produisent à la surface du cérumen, et aussi par l'oubli d'un détail anatomique important : la longueur du conduit auditif et la place qu'occupe la membrane du tympan. Le conduit auditif de l'adulte est long d'à peu près un pouce, or la membrane du tympan se trouve à l'extrémité interne de ce conduit : il faut donc constater avec soin à quelle distance du méat auditif externe se trouve situé ce que l'on aperçoit à l'intérieur de l'otoscope.

Le cérumen peut occuper tous les points du conduit auditif, depuis le méat jusqu'à la membrane du tympan. Il arrive assez souvent que l'on puisse en faire le diagnostic sans se servir du spéculum et du miroir. Il suffit quelquefois d'examiner à l'œil nu l'oreille d'un patient en l'approchant près d'une fenêtre, pour apercevoir à l'entrée du conduit une masse noirâtre ou jaunâtre, réfléchissant plus ou moins la lumière.

Quoqu'il en soit, je vous engage à ne jamais négliger l'examen [illegible] afin d'éviter des erreurs qui sont toujours possibles et [illegible] en pareils cas. N'imitez pas la confiance de certains [illegible] qui se contentent l'emploi de l'otoscope, n'en font [illegible] usage, et se bornent à prescrire, pour toute maladie de l'oreille [illegible] et des vessications s'il y a douleur, l'usage de la seringue et [illegible] s'il y a sécrétion suppurée. [illegible] de faire [illegible] de nombreuses erreurs, [illegible] [illegible] à vous convaincre [illegible] de l'importance des [illegible] [illegible] pour en faire le diagnostic [illegible] de la variété [illegible] des maladies.

[illegible] Ce qu'[illegible] [illegible] certaines personnes [illegible] [illegible] [illegible]

autre affection de l'oreille, et l'examen du tympan pourrait vous renseigner à ce sujet. Nous venons de voir que l'excès de cire au méat auditif externe n'implique pas toujours nécessairement la présence du même état de choses dans la profondeur du conduit auditif. On peut renverser la proposition et être encore bien plus souvent dans le vrai. Le méat auditif est exempt de toute sécrétion cérumineuse, mais à l'aide du spéculum on peut découvrir des masses abondantes et compactes de cette sécrétion accumulée sur la membrane du tympan. Il n'est pas toujours facile de reconnaître à la première inspection la grosseur du bouchon cérumineux contenu dans le conduit auditif. Le siège qu'il occupe ne peut pas nous renseigner exactement, attendu qu'il peut se développer dans une portion du conduit et laisser l'autre intacte. C'est ce qui explique pourquoi certaines personnes qui, en apparence, ont les oreilles bouchées par cette production, entendent cependant presque d'une manière normale. C'est qu'alors il reste un espace libre entre le cérumen et la membrane du tympan, et que la vibration de cette dernière membrane est encore possible.

Il arrive assez souvent en pratique que des personnes viennent nous consulter pour une oreille qui est le siège de bourdonnements, de surdité, causés par du cérumen accumulé et qui portent dans leur oreille prétendue saine des masses beaucoup plus considérables de cette même production. De là la nécessité d'examiner les deux oreilles de tous les patients qui nous consultent; bien souvent, si nous ne trouvons pas du cérumen en quantité anormale dans les deux oreilles à la fois, nous trouvons d'autres lésions qui nécessitent aussi un traitement. Le degré de consistance du cérumen mérite que nous nous y arrêtions un peu. L'idée qu'on se fait généralement de la consistance du cérumen dans les oreilles n'est pas exacte en tous points. Lorsque cette sécrétion s'est accumulée pendant des mois et des années dans le conduit auditif, après s'être mélangée à la desquamation épidermique et à d'autres produits inflammatoires, et après avoir perdu en grande partie son eau de constitution, elle a perdu aussi son apparence jaune pâle et gluante sous laquelle on la voit ordinairement au méat auditif. Le cérumen accumulé depuis longtemps a une apparence brune, noirâtre; lorsqu'on l'enlève, il a l'apparence de fausses membranes cimentées les unes aux autres et qui se laissent déchirer. Lorsqu'on a fait usage de la seringue à plusieurs séances, ce qui a lieu surtout pour enlever des masses compactes et accumulées depuis longtemps, le bouchon de cérumen a quelquefois l'apparence d'un morceau de lard. En résumé, le cérumen peut siéger à tous les points du conduit auditif sans qu'on puisse en conclure que tout l'espace compris en arrière de la partie visible à l'otoscope soit nécessairement occupé par cette production; la couleur du cérumen peut varier, depuis le blanc, le jaune pâle, jusqu'au noir foncé.

Les symptômes en pareils cas sont les suivants: surdité plus ou moins prononcée, bourdonnements d'oreilles, vertiges pouvant aller jusqu'à la syncope. Trœlch cite un cas curieux qui, tout en démontrant jusqu'où peuvent se porter les désordres causés par les bouchons de cérumen, nous fait voir aussi jusqu'à quel point on peut être induit en erreur en négligeant l'examen des oreilles. Je cite textuellement:

"Un homme d'un certain âge sort la nuit du cabaret où il venait de montrer, dans la conversation, sa vivacité habituelle; e[illegible] il se

heurte contre le timon d'une voiture maladroitement placée; la force du choc le renverse à terre; il tombe la tête sur le pavé. Il croit être resté un quart d'heure privé de sentiment; il ne sait pas au juste s'il doit mettre sa perte de connaissance sur le compte de sa chute ou sur celui des nombreuses libations auxquelles il s'était livré; mais il déclare qu'avant son accident il avait déjà la vue un peu troublée. Rentré chez lui tout seul, il passe une bonne nuit; mais il s'aperçoit le lendemain, en même temps que son entourage, qu'il est devenu presque complètement sourd. Le médecin appelé auprès du malade croit pouvoir attribuer cette surdité subite à la chute de la veille. Il appelle l'attention de la famille sur la gravité du cas, en disant qu'il s'agissait au moins d'une commotion cérébrale, peut-être même d'une hémorrhagie de cet organe. Le patient qui, d'ailleurs, se porte très bien, est mis à la diète: on le ventouse, on le purge et, quelques jours plus tard, on lui applique un séton; la surdité reste la même; mais ses forces physiques et son intelligence baissent de jour en jour. Au bout de quelques mois en me l'amène. Après avoir écouté l'histoire de sa maladie, j'examine les oreilles et je trouve les deux conduits auditifs bouchés de cérumen que je fais ramollir et que j'enlève à force d'injections. Immédiatement le malade, recouvrant parfaitement l'ouïe, se trouve non seulement guéri de sa surdité, mais aussi de la mélancolie qui l'avait envahi depuis sa prétendue commotion cérébrale."

Ce qui est arrivé dans ce cas, c'est ce qui arrive souvent. Sous l'influence d'une violente commotion, un bouchon de cérumen qui ne touchait pas le tympan se déplace, va comprimer cette membrane et déterminer des symptômes cérébraux: vertiges, bourdonnements et nausées.

Le pronostic de la maladie qui nous occupe n'est pas toujours aussi favorable qu'on se l'imagine.

Toynbee a fait la statistique suivante, qui, d'après une expérience, parait exacte : sur 115 oreilles dont il a extrait des bouchons cérumineux, 60 seulement recouvrèrent entièrement l'ouïe, 43 obtinrent une amélioration considérable, les 62 restants n'obtenant que peu ou pas d'amélioration.

Cette différence dans les résultats obtenus tient à plusieurs causes. Nous avons vu que l'accumulation de cire est due quelquefois à des maladies du conduit auditif ou de la caisse. Il n'est pas surprenant que dans ces cas l'amélioration de l'ouïe soit peu considérable. Le bouchon cérumineux, de plus, agit directement sur la membrane du tympan pour en déterminer l'inflammation, l'induration, le ramollissement, la distension, le relâchement; il agit aussi sur la chaine des osselets qu'il immobilise en favorisant l'ankylose; il agit encore sur le liquide labyrinthique par l'intermédiaire de la chaine des osselets de l'ouïe. La proportion des cas heureux dans la statistique de de Toynbee est même étonnante si l'on prend en considération les troubles variés que peut causer la compression du tympan.

Il est donc prudent, lorsqu'on a à traiter de pareils cas, de ne pas se hâter de porter un pronostic favorable. Au contraire, ce pronostic doit toujours être réservé, même pour les cas les plus favorables en apparence. Ces cas apparemment favorables se reconnaissent à la conservation d'une bonne partie de l'acuité auditive, à la date récente de la lésion, et au fait que les malades entendent mieux le diapason appliqué sur le vertex, de l'oreille obstruée que de celle qui ne l'est pas.

Nous arrivons maintenant au traitement de cette affection. Il peut se résumer en bien peu de mots: usage intelligent d'une seringue convenable, combiné ou non à l'emploi de l'eau chaude ou d'une solution de bicarbonate de soude. Par usage intelligent de la seringue j'entends dire qu'il faut savoir où et comment diriger le jet de la seringue. Presque tous les patients atteints de surdité ont déjà fait usage de la seringue avant de venir nous consulter. Ceux-là même qui ont les oreilles obstruées par la cire en ont fait usage, mais sans arriver à aucun résultat favorable, souvent même au contraire en exagérant leur état de surdité. Ce qui arrive alors c'est que l'on fait usage d'une petite seringue en verre, de 1 once ou même moins, et qu'on ne l'emploie pas convenablement. Le bout de la seringue est appuyé sur les parois du conduit, le conduit auditif n'est pas redressé, le jet n'est pas dirigé avec assez de force et l'opération n'est pas assez prolongée. Pour redresser le conduit auditif il faut tenir le pavillon de l'oreille en haut et en arrière. La capacité de la seringue doit être d'au moins 2 onces, le bec doit être effilé afin de pouvoir pénétrer à une certaine profondeur (1 à 2 lignes) dans le conduit auditif sans le fermer complètement, la tige doit être pourvue d'un anneau pour y fixer le pouce, le corps de pompe doit avoir deux anneaux, ou à leur défaut, un rebord assez large pour fixer solidement l'index et le médius. Le liquide à employer doit être de l'eau tiède. En passant je vous ferai observer qu'il faut bannir l'emploi de l'eau froide dans tous les cas où les injections de l'oreille sont prescrites. Après avoir rempli la seringue, il faut avoir soin de chasser l'air qu'elle contient, pour cela il suffit de diriger le bec de la seringue en haut, et de pousser le piston jusqu'à ce que le liquide apparaisse. Il faut alors projeter le liquide dans le conduit auditif par saccades, en déployant peu de force pour commencer afin d'accoutumer graduellement le patient au désagrément de l'opération. Le bec de la seringue doit être dirigé dans le sens de l'axe du conduit en l'appuyant de temps à autre sur la paroi inférieure, supérieure, externe ou interne du conduit. Dans les cas faciles il n'est guère besoin d'une séance d'au delà de une minute ou deux pour débarrasser l'oreille. Dans les cas plus graves, il faut recourir aux instillations souvent répétées d'eau chaude ou d'une solution de bicarbonate de soude pour pouvoir enlever le cérumen. En règle générale, lorsque vous avez raison de croire que vous maniez la seringue d'après les règles voulues et que le cérumen ne vient pas après quelques minutes, il ne faut pas prolonger la séance, qui peut devenir nuisible, et remettre l'opération à un autre jour, et ce, jusqu'à ce qu'on arrive au résultat désiré. L'usage d'autres instruments doit être prohibé, ils ont fait plus de tort aux oreilles que la seringue n'en pourra jamais faire. Cependant, ils peuvent être de quelqu'utilité lorsque le bouchon cérumineux est rendu au méat auditif externe et qu'il suffit de le saisir avec des pinces pour l'enlever facilement. Mais l'habitude d'aller au fond de l'oreille avec une petite cuillère ou une pince pour en chasser le cérumen, est condamnable parce qu'elle expose à une foule de lésions graves.

Lorsqu'il faut prescrire des instillations d'une solution de bicarbonate de soude ou d'eau chaude, il faut avoir soin de prévenir le patient que ce traitement peut avoir pour effet de le rendre momentanément plus sourd. Le liquide, en gonflant le cérumen, a pour effet de boucher

plus complètement le conduit auditif et de comprimer davantage la membrane du tympan s'il y touchait déjà.

Lorsque le tympan a été comprimé du côté de la caisse, il est nécessaire de faire suivre l'extraction du cérumen d'une douche d'air par le procédé Politzer.

Les soins consécutifs dépendant entièrement de l'existence de complications ; s'il n'y en a pas, il suffit de faire porter un peu de ouate dans l'oreille opérée, pendant quelques jours, pour que tout rentre dans l'ordre.

Les divers autres corps étrangers mentionnés au commencement de cette clinique se comportent différemment vis-à-vis de l'oreille, surtout s'ils restent quelque temps à l'intérieur de cet organe ou si on tente de les enlever par des moyens violents.

La plupart des enfants qui nous arrivent ici avec cette lésion ont déjà été soumis à toute sorte de traitements infructueux. Il en résulte que les corps étrangers sont presque toujours logés profondément dans le conduit auditif et que ce conduit est déjà le siège de gonflement et de douleurs qui s'exagèrent à la moindre traction du pavillon de l'oreille. Lorsque l'accident arrive, les enfants cherchent immédiatement à sortir ce qui vient de pénétrer dans leur oreille, en y introduisant le doigt ; ce qui arrive presque toujours en pareils cas, c'est que le corps étranger est repoussé plus profondément, ensuite viennent les parents qui, avec des broches à cheveux ou à tricoter, etc., aggravent le mal au lieu d'y remédier. Le médecin vient ensuite, mais je serais surpris qu'il y en eut cinq sur cent qui fissent usage d'un procédé convenable pour enlever ces corps étrangers. La plupart, d'après ce que j'ai pu constater, se servent d'instruments destinés a être introduits en arrière du corps étranger et cela, la plupart du temps, en travaillant à tâtons, c'est-à dire en n'éclairant pas le conduit avec la lumière réfléchie par un miroir frontal. Ce qui arrive alors est facile à prévoir : le corps étranger est repoussé jusqu'au tympan, et tout instrument poussé jusqu'à ce niveau peut blesser cette membrane d'une façon grave. De fait, il n'est pas rare de voir des enfants ayant été soumis à ces manœuvres intempestives présenter un écoulement de sang abondant de l'oreille et accuser des douleurs tellement violentes que c'est en quelque sorte avec terreur qu'ils nous voient procéder à un simple examen à l'otoscope.

Ces jours derniers, vous avez eu une illustration frappante de l'image clinique que je viens de vous tracer. Un enfant de 8 ans se présente ici avec un bout de crayon dans le conduit auditif ; le pavillon de l'oreille est rouge, le conduit est tuméfié, il s'échappe un peu de sang au méat externe. A l'examen à l'otoscope on aperçoit au fond du conduit un petit point grisâtre tout entouré de sang coagulé. Le père raconte qu'après avoir essayé de lui enlever ce bout de crayon avec une broche à tricoter, il a été voir son médecin ; celui-ci, après de vaines tentatives, l'a dirigé vers un hôpital de la ville ; là nouvelles tentatives à l'aide d'instruments variés, sans plus de résultats. Finalement, on va trouver un chirurgien qui immédiatement nous adresse le patient.

Il nous a suffi, dans ce cas, d'une simple injection d'eau tiède pour enlever, dès le premier jet de la seringue, ce corps étranger pour l'extraction duquel on venait de travailler toute une avant-midi durant, en renvoyant le patient de Caïphe à Pilate.

Le père de l'enfant n'a pu retenir une exclamation de surprise en constatant le résultat si prompt d'un traitement aussi simple, et nul doute qu'il a dû faire une réputation peu flatteuse et peu enviable à ceux qui ont échoué en cette occasion.

Les corps étrangers, quels qu'ils soient, doivent être enlevés avec la seringue et de l'eau tiède, de la même manière que lorsqu'il s'agit d'enlever un bouchon de cérumen. Il est quelquefois nécessaire de prolonger un peu l'opération, ou même de remettre la séance au lendemain, mais ce n'est que dans des cas exceptionels que la seringue faillira à la tâche. Tout autre instrument, tel que pince, curette, crochet, ne peut être employé convenablement que pour extraire un corps étranger situé près du méat externe. De plus, pour employer convenablement ces instruments, il faut un large spéculum et éclairer fortement ce conduit à l'aide d'un miroir concave fixé sur le front de telle sorte que les deux mains soient libres. Quand il s'agit de pois ou de fèves qui se trouvent bloqués au point rétréci situé au tiers externe du conduit, on peut utiliser un petit crochet que l'on introduit en arrière ; il suffit alors de tirer à soi pour sortir le corps étranger. Les corps étrangers qui offrent des bords facilement saisissables tels que limaçon, morceau de papier, de ouate, peuvent quelquefois être saisis facilement à l'aide de pinces.

Mais, je le répète, l'usage de ces instruments doit être un fait exceptionnel, surtout entre les mains de médecins peu habitués à travailler dans la profondeur du conduit auditif.

Je termine, Messieurs, en vous recommandant de ne jamais négliger l'examen du conduit auditif avant de procéder à l'extraction de corps étrangers. Il faut toujours s'assurer si la lésion existe véritablement. Je pourrais vous citer plusieurs exemples de malades qui ont été opérés pour des corps étrangers qui n'existaient pas.

Certaines personnes atteintes d'otites moyennes entendent des bruits comparables à des bourdonnements d'insectes dans leurs oreilles, et sont portées à attribuer leur trouble à cette dernière cause, il est même quelquefois assez difficile de les persuader du contraire.

Il faut dans ces cas un examen attentif et détaillé du conduit auditif et de la membrane du tympan, car si, d'un côté, les bourdonnements d'oreille sont fréquents, il n'est pas rare d'avoir à déloger du conduit auditif les insectes qui y entrent.

Dans un cas de doute, une simple injection avec de l'eau tiède peut avoir pour effet de déplacer les insectes, même les plus petits.

De l'usage externe du chloral hydraté contre les sueurs nocturnes.—Nicolaï a obtenu de très bons résultats dans les cas de sueurs nocturnes des phthisiques ainsi que des malades non phthisiques, par l'emploi de 8 grammes de chloral hydraté dissous dans deux verres d'un mélange de parties égales d'eau-de-vie et d'eau ordinaire. Tous les soirs, avant de s'endormir, le malade est frictionné au moyen d'une éponge imbibée de cette solution. Si cela ne suffit pas, on met au malade pour la nuit une chemise imprégnée de la même solution et puis séchée. L'effet du traitement est surtout excellent chez les enfants dont les sueurs nocturnes ne sont pas occasionnées par la phthisie. Quelquefois trois à quatre frictions suffisent pour faire entièrement cesser des sueurs nocturnes qui persistaient pendant plusieurs semaines.—*Paris médical.*

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

Messieurs les Rédacteurs,

En parlant du traitement de la diphthérie par les solutions saturées de chlorate de potasse, j'ai omis de mentionner les autorités sur lesquelles je m'appuyais pour recommander le remède qui m'a toujours rendu les plus grands services.

Votre livraison du mois de juin m'ayant appris qu'en faisant l'éloge de ce médicament j'avais fait rêver votre correspondant *Médecine*, je m'empresse à remettre à qui de droit la paternité du traitement préconisé. Je cite:

Le Dr A. Seeligmuller, après avoir constaté l'insuccès du chlorate de potasse à doses modérées et en solutions peu concentrées, dit: Tout à changé de face depuis l'emploi de la solution saturée. Il y a vingt ans que je n'ai pas prescrit d'autre remède dans toutes les affections diphthéritiques que j'ai soignées dans cet espace de temps; et ce ne sont que quelques cas négligés où les symptômes étaient déjà trop prononcés qui ont résisté à cette préparation dont voici la formule:

℞ Pot. chlorat. ʒij Aquæ ℥iij.

Prenez une cuillerée entière chaque heure, etc.

Les pansements, les gargarismes, les onguents, les grattements des fausses membranes diphthéritiques et les cautérisations, toutes ces manipulations aussi pénibles pour le médecin que pour le malade, *peuvent* être omises sans que le médecin ait à se reprocher la moindre négligence. L'auteur n'emploie pas même le glycérolé d'acide tannique. Pour le coup, le rêve de *Médecine* va se changer en cauchemar!

Mode d'application.—Faire prendre la solution saturée de chlorate de potasse aussi longtemps qu'il y a encore traces de fausses membranes diphthéritiques; au commencement, chaque heure; plus tard, toutes les deux ou trois heures, jour et nuit, sans discontinuer. Il ne faut pas ajouter à cette solution du sirop ni quelque autre ingrédient corrigeant le goût, parce qu'alors l'effet n'est pas aussi sûr. En outre, il ne faut pas laisser boire de l'eau ou d'autres liquides immédiatement après le médicament, pour ne pas paralyser l'effet local.

Le Dr J. M. Drysdale (*Canadian Journal of Medical Science*) dit que le chlorate de potasse s'est toujours montré si efficace qu'il est peu inquiet lorsqu'il est appelé pour un cas de diphthérie ordinaire avant qu'elle ait envahi le larynx et que des troubles du côté du cerveau se soient manifestés par des convulsions, car, ajoute-t-il, dans une longue et nombreuse pratique, je n'ai rencontré que très peu de cas qui aient résisté à ce mode de traitement.

M. le Dr Drysdale, de même que le précédent, se dispense de tout traitement local, se contentant de traiter les complications, diarrhée, spasmes du larynx, etc.

Le Dr C. E. Billington vante aussi chaudement le chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie.

Le Dr Eug. Hubert, rédacteur du *Journal des sciences médicales de Louvain*, recommande de plus les applications de tannin dissous dans la glycérine.

Je pourrais aussi mentionner les noms de quelques médecins du Canada qui ont donné dans l'UNION MÉDICALE les résultats tout à fait favorables de l'emploi du chlorate de potasse, mais en voilà assez, je crois, pour convaincre votre correspondant que je ne suis pas en trop mauvaise compagnie, et que le mérite de l'avoir fait rêver ne m'appartient pas, mais bien aux auteurs que je me suis permis de citer.

Veuillez agréer, etc.,

V. LAURIN, M. D.

Ancienne Lorette, 20 juin 1885.

Messieurs les Rédacteurs,

Je devrais peut-être me taire, et laisser *Un abonné* répondre à *Médecine* pour sa communication au sujet du chlorate de potasse comme un remède efficace dans le traitement de la diphthérie; mais comme je crois avoir été un des premiers, sinon le premier, qui aient conseillé, par la voie de votre journal, le chlorate de potasse contre cette terrible maladie, j'ai cru qu'il était de mon devoir de défendre un médicament qui, entre mes mains, a rendu des services signalés, et qui pourrait en rendre de plus grands encore, si son efficacité était plus universellement reconnue.

Il est vrai que dans le traitement que j'ai employé, j'associais le chlorate de potasse au benzoate de soude, en même temps que je faisais faire des frictions sur le cou, avec un liniment dans lequel entre la térébenthine; mais cela n'empêche pas que je regarde le chlorate de potasse comme le principal agent, et je ne doute pas que seul, il soit suffisant pour obtenir la guérison. En lui associant le benzoate de soude les effets m'ont paru plus prompts, et on abrège ainsi la durée de la maladie. Les vapeurs de térébenthine et d'ammoniaque peuvent aussi contribuer pour quelque chose, mais je ne pense pas qu'on puisse attribuer les succès que j'ai obtenus aux seules frictions que je faisais faire sur la gorge; je ne pense pas non plus qu'on attribue uniquement ces mêmes succès au benzoate de soude; il faut donc en faire bénéficier le chlorate de potasse, au moins en grande partie, surtout depuis que d'autres ont eu, avec ce dernier médicament seul, des résultats à peu près semblables aux miens.

Le Dr R. dans une communication à l'UNION MÉDICALE du mois d'avril dernier, donne la composition d'une formule du Dr Bell, de Glasgow, dans laquelle entre le chlorate de potasse, et dit s'en être bien trouvé dans le traitement de la diphthérie. *Un abonné*, dans la livraison de mai, vante le chlorate de potasse, et n'a pas perdu un seul malade de diphthérie, depuis cinq ans. Voilà des faits qui parlent de l'efficacité du remède.

Monsieur le correspondant *Médecine* demande des chiffres. Eh bien! qu'il lise ma communication insérée dans l'UNION MÉDICALE, livraison de juillet 1883. Il y trouvera, avec la manière dont j'employais le chlorate de potasse, que dans une épidémie, qui sévit à St Ambroise de Kildare en 1880, j'ai traité trente-huit malades de diphthérie; sur ce

nombre, deux seulement sont morts, l'un n'avait voulu prendre que très peu de remède, et je doute fort qu'on ait suivi ma prescription pour l'autre. C'est toujours au moins trente-six guérisons sur trente-huit cas; ce qui est un résultat qui n'est pas à dédaigner.

Le correspondant *Médecine* va probablement avoir des doutes sur la justesse de mon diagnostic; mais si jamais il se trouve aux prises avec une épidémie de diphthérie, et qu'il voie un, deux, trois et jusqu'à quatre malades mourir dans la même maison en quelques jours, et cela se répéter pendant un certain temps, ses doutes tomberont, et je lui conseillerais alors le traitement par le chlorate de potasse, soit seul, ou mieux, suivant moi, associé au benzoate de soude, tout en faisant faire des frictions sur la gorge avec un liniment de térébenthine et d'ammoniaque; et ensuite il publiera ses insuccès, s'il en a; de cette manière nous saurons à quoi nous en tenir sur l'efficacité de ce médicament.

De ce que des auteurs ne parlent pas du chlorate de potasse, ou n'en parlent que pour le critiquer, sans l'avoir éprouvé, ou après l'avoir éprouvé d'une manière insuffisante, il ne s'ensuit pas que ce remède doive être rejeté du traitement d'une maladie qu'il a paru, administré convenablement, subjuguer dans presque tous les cas.

Je concours pleinement dans la suggestion du correspondant *Curatio*. Que chacun fasse connaître les succès et insuccès qu'il a obtenus avec tel ou tel médicament dans le traitement de la diphthérie; c'est le seul moyen pratique de connaître le meilleur remède dans cette redoutable maladie.

St-Ambroise de Kildare, 27 juin 1885. DR J. LIPPÉ.

Traitement de la syphilis par les injections hypodermiques.— Deux formules nouvelles.—Dans un mémoire à ce sujet M. STREITZ réfute les objections qui ont été faites à cette méthode. De celles-ci, la plus grave est la douleur dont on a exagéré l'acuité et qui varie suivant le lieu d'élection de l'injection. M. Streitz examine les suivants: 1° la partie postéro-externe du bras et de l'épaule au niveau du deltoïde ou au-dessus de l'épine de l'omoplate; 2° le dos, en évitant le voisinage trop immédiat du bassin et des apophyses épineuses; 3° la région fessière dans l'épaisseur des muscles fessiers.

La qualité de la solution est importante; car si elle est mal filtrée, ou contient des corps étrangers ou des débris de bouchon, elle provoque de vives douleurs ou bien la coagulation de l'albumine des liquides interstitiels. Enfin les nodosités douloureuses, les escharres et les abcès qu'on a observés résultent d'injections intradermiques et non pas sous-cutanées.

Parmi les formules que recommande l'auteur nous remarquons les suivantes:

1° Celle *de sublimé* (*Lewin*): bichlorure de mercure, 50 centigrammes; chlorure de sodium 5 grammes; eau distillée, 150 grammes, dans laquelle M. Martineau remplace le chlorure de sodium par celui d'ammonium.

2° Le *peptonate de mercure de Bamberger*, dans lequel un gramme de pepsine pur est dissous dans 100 grammes d'eau distillée et auquel on ajoute 50 centigrammes de sublimé; le précipité se redissout en présence de 2 gr. 50 de chlorure ammonique; on filtre après trois jours.— *Revue bibliographique des Sciences médicales.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Coma urémique consécutif à une albuminurie chez une rhumatisante.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Au numéro 2 de la salle Sainte-Adélaïde, se trouve une jeune fille qui nous a été apportée dernièrement sans connaissance par des personnes incapables, par suite des circonstances, de nous fournir un renseignement quelconque. En l'examinant, nous constatâmes, outre un peu d'œdème des membres inférieurs, qu'il n'y avait aucune paralysie, ni aucune contracture, car la malade, tout en grognant, s'agitait un peu lorsqu'on la remuait. Avec cela, le pouls était dur, la respiration facile et sans fréquence; les battements du cœur nets et distincts offraient toutefois une très légère trace de bruit de galop. Quant à la sensibilité, elle était normale. Voilà avec quelles indications il fallait faire le diagnostic, établir le pronostic et instituer le traitement.

Et tout d'abord, on avait à se demander à quoi pouvait bien tenir cet état comateux. Or, pour peu qu'on établisse un rapport entre ce fait et l'œdème, on était porté à croire que ce coma pouvait être le résultat d'une affection albuminurique, et cela d'autant plus que la malade avait eu, avant son entrée à l'hôpital, des accès convulsifs épileptiformes. Cette jeune fille était donc atteinte d'éclampsie urémique.

Nous étions, toutefois, encore bien loin du pronostic, car si l'éclampsie urémique est, dans certains cas, d'une gravité excessive, il est d'autres circonstances où ce symptôme est tellement peu sérieux qu'il a été considéré par certains médecins comme un phénomène critique. Il fallait donc chercher, avec nos renseignements, à quelle lésion se rattachait cette albuminurie, car le pronostic varie suivant qu'elle est récente ou chronique. L'albuminurie des femmes enceintes ou récemment accouchées devait, tout d'abord, être rejetée, cette femme ne présentant, d'un côté, aucune dureté du ventre, d'un autre côté, aucune trace de vergetures. S'agissait-il alors d'une scarlatine récente? Ici, le diagnostic était un peu plus difficile à établir; néanmoins, en examinant la peau, il était impossible de trouver aucune desquamation qui pût nous conduire à admettre une pareille hypothèse. Voilà donc deux premiers points qui pouvaient être mis de côté. Restait alors à chercher s'il ne pouvait pas s'agir d'une affection chronique, et cela, d'autant plus que la rapidité avec laquelle le pouls avait atteint une pression élevée, et la facilité avec laquelle le bruit de galop s'était produit, coïncident bien avec une recrudescence d'une affection ancienne. Parmi les maladies qui peuvent favoriser l'apparition de l'albumine, telles que les affections osseuses prolongées, la syphilis, la tuberculose, etc., une seule, la scrofule, paraissait vraisemblable. La scrofule s'accompagne, en effet, de néphrite; mais la néphrite grave ne survient que chez des individus à suppurations prolongées. Or ce n'était pas ici le cas; donc nous n'avions plus, par exclusion, qu'à nous rattacher à l'albuminurie qui survient chez les rhumatisants.

Au point de vue du pronostic, ce diagnostic avait une très grande

importance, car il était permis de supposer que ces symptômes pourraient céder à une médication appropriée.

Quant au traitement, il se déduit de tout ce que je viens de vous dire. D'abord, nous avions affaire à l'accident actuel, l'éclampsie, qui, lorsqu'elle est grave, nécessite l'emploi de moyens énergiques. Ici, les attaques paraissant peu prolongées et peu fréquentes, et le coma intermédiaire étant peu profond, il fallait avoir recours aux purgatifs et non aux saignées chez une femme anémique, tout en la maintenant au régime lacté exclusif. Néanmoins, comme dans la journée il y avait eu un premier, un deuxième, et puis un troisième accès, nous fîmes appliquer des ventouses scarifiées sur la région lombaire. Depuis, l'amélioration consécutive a continué et s'est traduite par le retour de la connaissance, la diminution du bruit de galop et de l'albumine.

On devait, du reste, se ranger à ce diagnostic, car la malade nous a appris qu'elle a eu, il y a environ huit ou neuf mois, un peu de gonflement aux membres inférieurs, quelques fourmillements dans les pieds et plusieurs éblouissements. Ces phénomènes avaient toujours existé, sans s'aggraver, jusqu'à ce qu'elle tombât sans connaissance dix-huit jours après son arrivée d'Auvergne à Paris. Dans quelles circonstances, et comment les choses se sont-elles passées ? Nous n'en savons malheureusement rien.

N'avons-nous plus maintenant rien à craindre de cette affection, ou bien faut-il s'attendre à ce que cette fille reste sous le coup de ces accidents ? C'est là une question beaucoup plus délicate qu'on ne le pense. Il est très probable qu'elle est délivrée de son albuminurie, sous l'influence du régime, mais le pronostic n'en reste pas moins difficile à établir, attendu que tous les médecins savent que la gravité de cette maladie est soumise à des restrictions nombreuses. D'une part, en effet, parmi les individus atteints, même en tenant compte des albuminuries chroniques qui se rattachent à une affection du rein, il s'en faut de beaucoup qu'on doive porter un pronostic implacable, et d'autre part, avoir une grande quantité d'albumine dans les urines n'est pas une grande menace. Quoi qu'il en soit, il est certain qu'on peut éviter aux malades, avec l'hygiène, les accidents qui les menacent, en sorte que, pour notre jeune fille, il nous reste encore à voir ce que nous aurons à faire pour sa néphrite chronique, qui n'est pas grave, en ce sens que les modifications circulatoires ne sont pas persistantes

Mais cette hygiène, si utile, est une chose très difficile à obtenir. Eviter le froid et les perturbations alimentaires ; voilà les deux points principaux. Or, qui peut être sûr de rester indemne ? Personne assurément. Quant à la médication, elle tient une place peu considérable. Le régime lacté n'a plus ici qu'une importance médiocre. Sans doute, dans la néphrite parenchymateuse, même chronique, on peut obtenir des résultats merveilleux avec ce régime, mais, dans la néphrite interstitielle, il ne faut pas compter sur une guérison définitive ; aussi je crois prudent de l'employer seulement contre les accidents, afin que notre malade n'arrive pas à ce degré de répugnance tel qu'il lui soit impossible dorénavant de prendre du lait, et cela, d'autant plus qu'il n'agit pas comme un médicament, mais à la façon d'un aliment innocent. Il est établi, en effet, que dans trois litres de lait il y a une ration d'entretien complète, et même une ration de travail. Cela est tellement vrai, qu'un confrère qui exerçait dans un pays montagneux, le Jura,

où il était par conséquent obligé d'aller à pied, a pu contenter sa clientèle pendant six mois sans prendre autre chose que du lait, et non seulement au bout de ce temps sa santé n'était pas altérée, mais il avait encore engraissé. Une fois sorti de cette période, il peut être avantageux de maintenir les individus au régime végétal, bien que l'absence de tout aliment azoté soit une cause de dépression, car il y a lieu de se demander si cette dépression n'est pas plutôt apparente que réelle. Il est certain, en effet, que dans l'aliment azoté existent deux choses: l'aliment qui, après avoir été soumis au travail digestif, va être transporté aux organes qui y puiseront les matières de leur reformation, et la sensation de réconfortation, qu'on a peu avec les matières non azotées, en sorte que si l'on vient à mesurer la force de ces gens qui se disent abattus, on constate qu'elle n'a pas changé. Or est-il bien nécessaire de fouetter les gens qui ne sont pas bien nourris? Cela ne me paraît pas indispensable, car il peut être beaucoup plus utile de les guérir, sauf à reprendre ensuite une autre alimentation. Cela ne veut pas dire toutefois qu'il ne faille pas, chez les gens anémiques, par exemple, donner des préparations ferrugineuses, voir même de l'oxygène en inspirations, oxygène qui ne paraît pas augmenter la quantité d'acide carbonique, mais qui, en agissant tellement sur le système nerveux, a pu, chez une jeune fille de notre service atteinte de méningite tuberculeuse, faire cesser les vomissements. Après cela, chez ceux dont la faiblesse s'accompagne de troubles circulatoires, l'emploi de la caféine ou du quinquina peut rendre de grands services.

Il n'y a donc pas à renoncer à la thérapeutique chez notre jeune fille, et cela, d'autant plus que nous pouvons encore employer les frictions dont l'importance est considérable, pourvu toutefois qu'elles soient sèches. On a aussi l'habitude d'y ajouter certaines substances alcooliques, soit pures, ce qui est bien, soit contenant des substances balsamiques, ce qui est un tort, car il faut bien se garder de recouvrir la peau d'un vernis. De plus, quand vous faites une friction sèche par une température froide, le malade court le danger d'être exposé aux refroidissements; c'est pourquoi je vous conseille d'avoir recours au stratagème de Chomel. Il consiste à envelopper le malade dans un sac assez large pour qu'on puisse s'en servir pour frotter. Voilà tous les moyens à l'aide desquels j'espère obtenir chez notre jeune fille des modifications beaucoup plus importantes que celles que nous avons eues jusqu'ici.—*Praticien.*

Péricardite aigue des vieillards—La péricardite, souvent méconnue chez l'adulte, est encore plus difficile à diagnostiquer chez le vieillard: aussi passe-t-elle souvent inaperçue. M. le docteur LEJARD vient de faire, sur ce sujet, un travail très intéressant dans lequel, mettant à profit plusieurs observations recueillies dans le service de M. Quinquaud, il a pu montrer l'aspect que présentait le plus habituellement cette affection chez les sujets âgés.

Dans les cas observés, l'oppression, la gêne respiratoire et les palpitations ont été les symptômes sur lesquels l'attention du médecin a été plus spécialement attirée. La respiration paraissait gênée, bien qu'à la percussion et à l'auscultation, on ne pût constater aucun symptôme de lésions pulmonaires: la respiration était courte, caractérisée par une inspiration brusque, suivie d'une respiration plus lente, mais les ma-

lades ressentaient, en outre, une sorte d'angoisse et de gêne respiratoire qu'ils n'avaient pas éprouvée jusque-là, et une espèce de douleur vague, tantôt à la région précordiale, tantôt à l'épigastre. Le cœur avait une impulsion faible, irrégulière, sans qu'on ait noté d'intermittence ; il ne présentait ni souffle ni frottement. Le pouls était inégal, la température peu élevée. Au point de vue des phénomènes généraux, le malade ne se plaint pas, n'accuse d'autre sensation que celle d'oppression ou d'angoisse, mais il y a tendance générale à l'assoupissement La prostration s'accentue assez rapidement, la langue se sèche, le pouls devient petit, filiforme ; la face, d'abord pâle, devient cyanosée, et le malade meurt, en général, dans un laps de temps assez court, quelques jours au plus, sans avoir présenté d'autre réaction qu'un peu d'agitation passagère tout à fait ultime.

Dans ce tableau un peu vague, il y a un point important au point de vue du diagnostic et sur lequel M. Lejard insiste : c'est cette sorte d'aggravation de l'état général de l'individu, sans qu'on puisse trouver aucune lésion capable d'en donner l'explication. Aussi, lorsqu'en présence d'un malade, âgé, pris des accidents qui viennent d'être relatés, on ne trouvera ni dans les poumons, ni dans les plèvres, ni dans le cœur, ni dans aucun autre organe, les symptômes physiques ou fonctionnels qui puissent expliquer son état morbide, il faudra penser au péricarde et rechercher si une péricardite aiguë n'est pas la lésion à invoquer.

On voit aussi que chez le vieillard, les phénomènes fonctionnels l'emportent de beaucoup sur les signes physiques ; c'est qu'ici, les symptômes cardiaques, si importants chez l'adulte, n'ont qu'une valeur relativement peu importante : c'est ainsi que les frottements ont pour caractère d'être extrêmement fugaces : ils peuvent donc échapper facilement à l'auscultation.

La marche de la maladie est en général assez rapide, et elle s'est le plus souvent terminée par la mort. Dans deux ou trois cas au plus, on a observé des symptômes de péricardite qui ont rétrogradé au bout de quelques jours, mais ces cas sont absolument exceptionnels. Enfin la maladie ne dure guère que quelques jours, quatre, sept, huit, dix jours au plus. Et si, comme chez l'adulte, l'inflammation aiguë peut se terminer par résolution, ou par le passage à l'état chronique, le plus souvent, il faut bien le dire, la péricardite n'est que l'expression d'un état général grave, d'une dépression totale qui ne permet plus d'espérer la guérison.

C'est en effet presque toujours dans le cours d'une affection antérieure, rhumatisme, néphrite interstitielle, tuberculose, pleurésie ou pneumonie, etc., que survient la péricardite des vieillards ; elle peut cependant être primitive, mais toujours la sénilité imprime à l'affection un cachet particulier.—*Journ. de méd. et de chir. prat.*

De l'hémoptysie et de son traitement.—Une jeune femme de vingt-six ans, qui tousse depuis un an, entre dans le service de clinique de M. le professeur NOTHNAGEL, à Vienne. Se plaint de battements de cœur et d'essoufflements quand elle monte les escaliers. Depuis un mois la toux a beaucoup augmenté ; sueurs nocturnes et fièvre. Hémoptysie (pour la première fois) la nuit dernière ; crachats formés de sang pur. Il est évident qu'on a eu affaire à une hémoptysie et non à une hématé-

mèse. La distinction n'est pas toujours aussi facile. On dit que dans l'hématémèse il y a une grande quantité de sang, tandis que cette quantité est moindre dans l'hémoptysie; ce n'est pas constant. On dit que dans la seconde le sang est plus rouge, tandis que dans la première il présente une couleur sombre tirant sur le marc de café; lorsqu'une artère un peu volumineuse de l'estomac est intéressée, le sang peut être tout à fait pur; la coloration brunâtre est produite par l'action du suc gastrique, Dans l'hématémèse il est ordinairement coagulé, ne contient pas de bulles d'air, tandis qu'il en renferme dans l'hémoptysie, c'est la règle. Mais il peut arriver également que, même dans ce second cas, il n'en renferme pas. Une autre différence repose sur la manière dont le sang est rendu; le malade le vomit-il ou le crache-t-il à la suite d'un effort de toux? Rappelons que les deux procédés peuvent se combiner. Si le sang qui vient de l'estomac irrite l'épiglotte, il peut provoquer de la toux, celui qui sort de l'appareil respiratoire peut être avalé et vomi plus tard. L'examen objectif du malade a dans tous les cas une grande importance. Il ne faut cependant jamais examiner une personne au moment de l'hémoptysie. Dans les crachats de la malade qui fait le sujet de la leçon on trouva de nombreux bacilles tuberculeux et des fibres élastiques du poumon.

Revenons à la sémiotique du crachement de sang. Quand ce liquide sort, il peut venir: 1° de la bouche; M. Nothnagel a vu, dans les premiers temps de sa pratique, une femme qui pendant quatre mois cracha du sang en abondance; elle présentait une gingivite intense; on la traita, et la prétendue hémoptysie fut arrêtée. 2° Du pharynx. Les affections de ce conduit s'accompagnent parfois d'une ectasie des vaisseaux qu'il est facile de distinguer même à l'examen direct. Il peut arriver que pendant le sommeil le sang tombe dans la trachée et soit rendu par expuition. 3° Les hémorrhagies laryngées ou trachéales sont exceptionelles; ce sont même de véritables raretés, quand on compare leur fréquence à celle des hémorrhagies de l'appareil broncho-pulmonaire. Dans quelles circonstances le sang est-il expulsé des voies respiratoires? Dans la bronchite aiguë ou chronique, lorsque les gens toussent énergiquement, il peut se faire que de petites stries de sang soient mêlées aux crachats; on ne considère pas cela comme une hémoptysie. Les crachats briquetés de la pneumonie résultent du mélange du sang et des mucosités. L'auteur a eu occasion de signaler dans une de ses leçons antérieures l'expuition du sang pur dans le cours de la pneumonie franche lorsque l'hypérémie du parenchyme pulmonaire est très active. Dans les cas d'infarctus hémorrhagique et d'induration pigmentaire brunâtre du poumon, on a des crachats sanglants comme dans la gangrène pulmonaire, les abcès, la dilatation bronchique, processus qui s'accompagnent toujours d'une lésion vraie du tissu pulmonaire. En outre, l'hémoptysie peut survenir dans un certain nombre d'états généraux: l'hémophilie, le scorbut, la maladie de Werlhof, même dans le cours de l'ictère; elle peut survenir, très rarement il est vrai, chez les femmes qui présentent des troubles menstruels (hémoptysie supplémentaire), chez l'homme à la suite de la suppression du flux hémorrhoïdal. Nous ne devons admettre ces variétés que par exclusion, lorsqu'il est absolument impossible de rattacher les crachements de sang à n'importe quelle autre cause. Certaines personnes du reste en présentent sans affection du poumon. Ce sont des individus robustes

des deux sexes ; leurs hémoptysies sont analogues aux épistaxis. Dans celles-ci on trouve très souvent de petites ulcérations nasales ; les petits vaisseaux sont ulcérés, surtout ceux de la cloison, et pour peu qu'on touche ces points on peut facilement arrêter les épistaxis. Mais il paraît exister des cas de rupture de vaisseaux relativement volumineux du nez, ces vaisseaux se déchireraient sous l'influence du travail exagéré du cœur. M. Nothnagel suppose que le même phénomène peut se produire pour les vaisseaux broncho pulmonaires chez les individus pléthoriques. Si nous réunissions toutes les formes indiquées, nous trouverons que dix fois au moins sur cent, l'hémorrhagie pulmonaire a pour cause la tuberculose. Quand on en voit une, c'est toujours à cette maladie qu'il faut penser d'abord, même lorsqu'il s'agit de personnes qui n'avaient présenté antérieurement aucun caractère appelant l'attention de ce côté. Comment se fait l'hémorrhagie ? Ce mode de production paraît très variable à l'auteur. Il y a des cas de tuberculose qui marchent jusqu'à leur terminaison sans que les malades crachent jamais de sang. Dans d'autres cas, les hémoptysies initiales s'arrêtent et ne se renouvellent plus. L'hémoptysie peut survenir dans les divers stades lorsqu'il existe des phénomènes stéthoscopiques à peine sensibles, ou lorsqu'il y a des gros râles caverneux. Les vieilles cavernes sont en général entourées d'une zone épaisse de tissu conjonctif induré ; il est rare qu'il s'y fasse des hémorrhagies. Nous savons que les vaisseaux de leurs parois présentent des dilatations anévrysmales ; si l'un d'eux se déchire, on se trouve en présence d'une hémorrhagie foudroyante qui tue en un clin d'œil. C'est là une éventualité rare ; les hémorrhagies correspondent aux poussées de la tuberculose. Les hémorrhagies du début s'expliquent de deux manières : 1° par une légère déchirure des vaisseaux consécutive à une anomalie de nutrition de leur parois ; 2° parce que le tubercule, comme l'a dit Reindfleisch, se développe de préférence dans leur gaînes. La quantité de sang rendu par expuition est extrêmement variable. Parfois elle est tout à fait minime, d'autre fois effrayante, de telle sorte que la mort peut être produite dans ces conditions par asphyxie, anémie ou collapsus.

Dans quels cas la phthisie se développe-t elle à la suite de l'hémoptysie ? La question a un intérêt historique et un intérêt pratique. A l'époque de Sydenham, Morton affirmait l'existence d'une phthisie *ab hæmoptœ*. Il entendait par là qu'à la suite de l'hémorrhagie pulmonaire le sang resté dans les bronches pouvait déterminer la phthisie. Cette opinion fut adoptée dans le cours du XVIIIe siècle ; elle fut abandonnée par Laënnec et reprise plus tard. M. Nothnagel a essayé lui-même, il y a quelques années, à la suite des recherches de Traube, à produire une phthisie *ab hæmoptœ*. Il injecta du sang dans la trachée d'un certain nombre de lapins. Jamais il n'a réussi à obtenir une infiltration véritable du poumon. Dans les cas les plus récents, il trouva du pigment dans le tissu interstitiel ; dans les cas anciens, il ne découvrit rien. Cette expérience démontre que l'injection de sang est sans action. Perl et Liebmann en sont arrivés au même résultat. Que devient le sang ? Il y a longtemps que Nothnagel a eu l'occasion de faire des recherches sur la résorption du sang epanché dans les bronches. Leur contenu peut être rapidement résorbé, si ces tubes sont capables de résorption. L'infiltration pneumonique n'est pas expectorée, mais la masse principale du sang l'est très vite. Quand on fait chez un

lapin une section du cou, de manière que la trachée et les gros vaisseaux soient coupés, on a toujours une série de mouvements respiratoires, puis surviennent les contractions consécutives à l'hémorrhagie jusqu'à ce que le cœur s'arrête, ce qui arrive en général au bout de trois à cinq minutes. Si vous examinez le poumon, vous trouvez des gros foyers brunâtres et une grande quantité de sang dans les bronches. Si, au contraire, vous le faites durcir et que vous l'examiniez par une autre méthode, vous reconnaîtrez que le tissu interstitiel est parsemé de globules rouges. C'est là un fait caractéristique ; on est certain d'arriver à des conclusions erronées si l'on ne tient pas compte de cette expérience. On pourrait croire qu'il s'agit d'une apoplexie du poumon avec pénétration du sang dans les bronches, tandis que c'est exactement le contraire. La résorption à la surface de la muqueuse bronchique a lieu avec une très grande rapidité. Wittich et d'autres ont montré qu'il existe à la surface de cette muqueuse une quantité de stomates lymphatiques par lesquelles le sang est résorbé. Il est en partie refoulé dans les pertuis; les globules sanguins y pénètrent en partie par suite de leur contractilité et de leurs mouvements amiboïdes. Quand on a connaissance de ces faits, on ne peut plus admettre la phtisie *ab hæmoptæ;* aucune dégénérescence caséeuse du poumon ne peut être déterminée par l'épanchement sanguin. Dans la tuberculose, il existe des maladies des vaisseaux et l'hémorrhagie est secondaire.

Il est inutile de rien ajouter relativement aux symptômes cliniques de l'hémoptysie. Il faut toujours examiner le malade avec les plus grandes précautions. Quand l'hémoptysie est peu abondante, le meilleur et souvent le seul traitement est le repos absolu; il ne faut jamais, en pareil cas, permettre qu'on discute cette prescription. Quand le malade garde tranquillement le lit, on peut considérer comme guéries les hémoptysies légères. Le malade ne doit être soumis à aucune sorte d'excitation; il faut, en un mot, qu'il soit très soigneusement protégé contre tout ce qui pourrait exciter l'action du cœur et la respiration. Il ne prendra que des aliments froids, du lait à la glace, des œufs. Le café, le thé et le vin seront rigoureusement interdits. La température de la chambre ne dépassera pas 15°. Le malade se dispensera de parler. Dans ces conditions l'hémorrhagie s'arrête presque toujours spontanément. On peut également donner les hémostatiques à l'intérieur; il est bien démontré que le tannin mis directement en contact avec les parois des vaisseaux ne détermine aucun rétrécissement. Il agit comme hémostatique parce que l'acide tannique qu'il renferme détermine la coagulation du sang quand on l'applique directement au point d'où il sort. A l'intérieur il n'est pas styptique; on peut en dire autant de l'alun et du perchlorure de fer. Quand on étend celui-ci sur une surface saignante, on n'arrête le sang que par coagulation. Il n'y a rien à obtenir avec ces trois médicaments. L'acétate de plomb agit en provoquant des contractions des vaisseaux; on peut le donner à l'occasion, mais il est douteux qu'il puisse être utile. L'ergotine est un meilleur médicament; de nombreuses observations démontrent qu'il détermine une contraction des vaisseaux. On a essayé d'administrer ces différents médicaments par voie d'inhalation. L'auteur croit que cette méthode est mauvaise: 1° parce que les médicaments n'arrivent pas jusqu'au foyer d'hémor-

rhagie ; 2° parce que le malade est obligé de se lever, de se mouvoir et, par suite, d'éprouver une certaine excitation intellectuelle ; la médication est de la sorte plus nuisible qu'utile. L'emploi du sel marin à l'intérieur est populaire. Il est certain que beaucoup d'hémoptysies sont arrêtées de la sorte, probablement par une constriction des vaisseaux produite par voie réflexe. Il est probable que le chlorure de sodium à un certain degré de concentration irrite les extrémités gastriques du vague et produit par voie réflexe une contraction des vaisseaux du poumon. Il paraît pourtant que les réflexes ne sont pas toujours identiques. Ainsi nous savons qu'une irritation un peu violente des nerfs sensitifs produit tantôt une constriction, tantôt une dilatation des vaisseaux. Cela dépend de leur éloignement. Nous savons qu'une excitation des vaisseaux de l'abdomen détermine un rétrécissement des vaisseaux de la trachée. Expliquons-nous. Le sel de cuisine paraît agir de la même manière que la potion de Chopart dont on donne deux ou trois cuillerées à bouche durant le jour. Comment arrête-t-elle le sang ? En ralentissant la rapidité de son cours. L'hémorrhagie cesse encore pour ainsi dire d'elle-même. Il faut également maintenir le sang dans les bronches, par conséquent supprimer la toux, l'expiration forcée ; l'opium répond à cette indication. La morphine exerce dans ces cas une action styptique indirecte ; on peut combiner l'acétate de plomb avec elle. Il est hasardeux de faire des injections sous-cutanées de morphine chez des gens qui n'y sont pas habitués, parce qu'elles déterminent souvent des vomissements. Il faut l'administrer à l'intérieur à dose de 1 cent. au moins. Si l'hémorrhagie continue, on fait des injections sous-cutanées d'ergotine. L'auteur ne conseille pas les fragments de glace, parce que ceux-ci déterminent souvent des efforts de toux. On peut en dire autant de l'application de sachets de glace sur la région épigastrique. Le repos absolu, la suppression de la toux, le sel à l'intérieur, les injections sous-cutanées de morphine sont donc les meilleurs moyens à employer. Si l'hémorrhagie ne peut être arrêtée et que l'issue fatale soit à craindre, on peut dans les cas douteux recourir à la saignée. L'expérience nous démontre que l'hémorrhagie s'arrête chez les soldats blessés quand survient une syncope. Mais la saignée est un moyen dangereux auquel on n'est autorisé à recourir que dans les cas désespérés.—*Allgemeine Wiener med. Zeitung.—Abeille médicale.*

De la dilatation de l'estomac ; par M. le prof. Peter.—Depuis des recherches récentes, la dilatation de l'estomac a été considérée comme excessivement fréquente ; on lui a assigné un rôle des plus importants dans l'histoire de la dyspepsie, soit comme cause, soit comme effet de cette affection avec laquelle elle existe très fréquemment, quoi qu'il en soit des théories énoncées.

La fréquence de la dilatation de l'estomac est un fait contre lequel M. Peter ne s'élève pas, surtout depuis qu'on le recherche avec soin, grâce aux travaux récents qui ont attiré l'attention de ce côté. Mais pour ce qui a trait au rôle pathogénique de cette affection, il convient de faire des réserves.

La dilatation n'est pas toujours la cause de la dyspepsie ; elle n'en est pas non plus toujours l'effet. Trois observations signalées par M. Peter tendent à prouver la nécessité des réserves à faire. Il s'agit de trois

malades couchés actuellement dans le service de M. Peter, à la Charité; ce sont deux hommes et une jeune fille, présentant tous une dilatation subordonnée à des états morbides différents.

Le premier de ces malades est un homme de 26 ans, qui est entré salle Saint-Jean-de-Dieu, le 8 mai. Cet homme n'a jamais fait de maladie grave jusqu'au mois de novembre dernier. A cette époque il entra à la Pitié, dans le service de M. Lancereaux, où il fut soigné pour une congestion pulmonaire, bientôt suivie d'une pleurésie: on lui fit une ponction qui donna deux litres de liquide.

Quelque temps après sa sortie de la Pitié, il a été pris de douleurs vagues dans les jointures, qui ont passé successivement des unes aux autres sans se fixer nulle part définitivement. Ce sont ces douleurs qui l'ont amené à la Charité.

Le lendemain de son entrée il présentait l'ensemble symptomatique suivant:

La face était animée, la langue blanche et tremblante, les lèvres tremblaient également quand il parlait. La palpation et la percussion révèlent une dilatation notable de l'estomac. La pression est douloureuse sur toute la région épigastrique. En pressant sur les apophyses épineuses de la région cervicale, on détermine une douleur très vive au niveau de la deuxième apophyse et sur ses côtés.

La percussion pratiquée suivant une ligne verticale partant du rebord costal, presque au niveau du mamelon, du côté gauche, donne un son tympanique dans une étendue de 15 à 17 centimètres.

Rien à l'auscultation des poumons et du cœur. Le malade accuse de l'oppression, de la gêne dans la respiration quand il marche ou quand il monte les escaliers. Il y a de l'anorexie et un profond dégoût pour la viande.

M. Peter rapprochant les uns des autres les différents accidents dont souffre le malade depuis le mois de novembre: congestion pulmonaire, pleurésie, douleurs articulaires et douleurs stomacales, M. Peter, disons-nous, n'hésite pas à voir dans ce cas un état rhumatismal généralisé dont la dernière localisation est dans l'estomac et dans son système d'innervation, d'où comme conséquence la dilatation stomacale.

Le deuxième malade a eu une véritable gastrite suraiguë qui a amené une dilatation de l'estomac. L'application d'un large vésicatoire sur la région épigastrique et le lavage réitéré de l'estomac, joints à un régime alimentaire approprié, ont amené en peu de jours un amendement notable des symptômes gastriques et de la dilatation qui a grandement diminué au point d'être à peine appréciable aujourd'hui. Ce malade est en ce moment en pleine voie de guérison.

Le troisième cas de dilatation de l'estomac est plus intéressant encore et plus curieux que ces deux cas par la cause toute différente et toute spéciale qui l'a produite. Il s'agit d'une jeune fille de 18 à 19 ans hystérique. Elle n'a ni convulsions ni attaques, mais elle a une anesthésie presque généralisée, les piqûres faites sur les membres ne sont pas senties; anesthésie pharyngée, points ovariques. De plus elle est facilement hypnotisable.

Il y a 18 mois environ, cette jeune fille a remarqué de fréquents gargouillements stomacaux sans douleur très nette et sans troubles digestifs. Elle entra à l'hôpital en janvier, et c'est alors seulement qu'on a constaté les signes d'hystérie dont nous avons parlé. De plus on cons-

tata tous les signes d'une dilatation de l'estomac, le clapotement à chaque mouvement actif ou passif du tronc est entre autres des plus remarquables. L'exploration fait voir que l'estomac remonte très haut en soulevant le diaphragme et s'étend en bas jusqu'à l'ombilic. Malgré tous ces symptômes très nets de dilatation, il n'y a aucun trouble dyspeptique, elle mange à son appétit la ration de 3 degrés, pas de gastralgie, pas de vomissements, pas de gaz, pas de troubles intestinaux ; la pression sur toute la région épigastrique est indolore ; il n'y a ni vertige ni trouble digestif d'aucune sorte, en un mot, aucun trouble fonctionnel qu'on puisse rattacher à la dilatation. Cette dilatation n'a probablement pas d'autre cause qu'un trouble nerveux de nature hystérique.

Les lavages de l'estomac essayés à plusieurs reprises n'ont eu aucun effet sur la dilatation du viscère.—*Revue médicale.*

Identité de la dothiénentérie et de l'embarras gastrique fébrile. —M. Kelsch expose que, pour déterminer la nature de la fièvre rémittente gastrique ou embarras gastrique fébrile, il faut l'étudier dans le milieu épidémique qui lui est propre, dans ses rapports avec les formes morbides concomitantes. Les observations de M. Kelsch ont été recueillies au Val de Grâce pendant les années 1870-72, et en Tunisie lors de la conquête.

Dans la première série de faits, il s'agit de fébricules d'une durée d'un à deux septenaires, continues ou rémittentes, accompagnées de troubles gastro-intestinaux plus ou moins marqués, terminées par une défervescence brusque ou progressive, et qui se montrèrent en même temps que les diverses recrudescences épidémiques de la dothiénentérie qui régnait alors en permanence dans l'armée. Toutes ces observations peuvent être réparties en quatre groupes basés sur la marche et l'intensité du mouvement fébrile. Dans le premier, simple embarras gastrique doublé d'une fièvre modérée qui décroît lentement à partir du huitième jour et s'éteint vers le quinzième ; dans le second, la fièvre plus intense tombe brusquement vers le huitième jour, et parfois apparaît de la tendance au collapsus ; dans le troisième, la fièvre, d'une durée de huit à quinze jours, affecte le type nettement rémittent ; enfin, dans le quatrième, la longue évolution de la fièvre, deux à trois septenaires, rappelle la dothiénentérie, tandis que la prédominance des troubles gastro-intestinaux et le peu d'importance des phénomènes nerveux font songer à l'embarras gastrique Tous les faits d'ailleurs sont reliés par des caractères communs, tels que l'assoupissement, l'insomnie, les rêves nocturnes, les urines albumineuses, parfois une légère éruption lenticulaire, tous symptômes qui rattachent la fébricule à la fièvre typhoïde.

Les observations nombreuses recueillies en Tunisie par M. Kelsch, ne sont pas moins démonstratives. On peut suivre la gradation insensible qui conduit de l'embarras gastrique fébrile jusqu'à la fièvre typhoïde typique.

M. Kelsch a représenté par un tracé graphique pour une période de dix années, la morbidité propre à la dothiénenterie et à la fièvre rémittente gastrique, et l'on peut constater que les maxima des deux courbes sont en corrélation intime et constante. C'est surtout chez les jeunes soldats, arrivés récemment dans les grands centres, que l'on

observe les deux pyrexies. L'embarras gastrique simple lui-même n'offre pas de différences tranchées avec l'embarras fébrile et ne doit pas en être séparé en nosographie.

En résumé, l'embarras gastrique fébrile et la dothiénentérie sont unis par d'incontestables traits cliniques et surtout par la similitude de leurs conditions étiologiques : coïncidence de leur règne, parallélisme de leur marche à travers les mois et les années, identité des conditions de réceptivité individuelle. La fièvre gastrique n'a pas d'évolution indépendante, propre, elle suit la fièvre typhoïde dans ses rémissions et ses recrudescences saisonnières et annuelles ; elle n'en est que l'expression atténuée.—*Praticien.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Coxalgie et pseudo-coxalgie.—Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Vous vous rappelez ce jeune garçon de sept ans, qui m'était présenté ces jours passés comme atteint d'une affection du genou droit : il se plaignait constamment de cette région, disait la mère ; il était gêné dans la marche, paresseux pour tout exercice physique, et plusieurs médecins consultés, ajoutait la mère, n'avaient rien constaté d'anormal dans cette jointure.

En examinant cet enfant dans le décubitus horizontal, on ne tardait pas à reconnaître que le genou droit ne présentait aucune déformation ni à la vue, ni au toucher ; que les mouvements de flexion et d'extension de cette articulation n'étaient pas douloureux et s'exécutaient dans toute leur étendue : ce n'était évidemment pas là le siège du mal.

L'articulation de la hanche du même côté ne jouissait pas de l'intégrité absolue de ses mouvements ; les mouvements de flexion de la cuisse sur le bassin, et le mouvement d'abduction étaient bornés ; j'ai rendu très évidente cette limitation des mouvements du côté droit, en vous montrant la débilité normale de la même jointure du côté gauche.

Voulait-on exagérer les mouvements de flexion et l'abduction du côté malade, le bassin ne tardait pas à se déplacer et à suivre la cuisse dans le sens de son déplacement.

La colonne vertébrale ne présentait aucune ensellure, fait en rapport avec le peu de vice d'attitude, au repos, du membre inférieur droit.

A la mensuration, nous avons trouvé un centimètre de raccourcissement de ce membre, et une atrophie de la cuisse de deux centimètres de circonférence : vous vous rappelez enfin la démarche de cet enfant, sa claudication caractérisée par un appui exagéré sur sa jambe faible.

Devant l'ensemble de ces phénomènes, j'ai formulé le diagnostic de coxalgie, basant mon opinion, non sur un seul de ces signes isolés, mais sur leur groupement : raisonner autrement, c'était s'exposer, par exemple, à attribuer à la douleur si vive du genou, accusée par cet enfant, une valeur qu'elle n'avait pas, dans l'espèce.

Il est absolument nécessaire de savoir reconnaître ces coxalgies à leur début : c'est là une question de pratique bien importante, pour le malade d'abord qui bénéficiera de vos soins au début, pour vous ensuite qui devrez formuler un *diagnostic ferme :* car vous aurez à lutter contre des avis différents, et souvent aussi contre la famille de votre

malade, laquelle se résoudra difficilement à laisser immobiliser un enfant qui offre des phénomènes si peu accusés.

Devons-nous toujours nous contenter du diagnostic : coxalgie ? Ce terme nous suffit dans la plupart des cas, et cependant je voudrais vous montrer aujourd'hui que ce mot désigne des choses différentes comme nature et comme marche !

Nous dirons que cet enfant est atteint d'une coxalgie tuberculeuse, osseuse : vous reconnaîtrez cette variété à son *début lent, insidieux ;* elle ne se révèle pas par une attaque brusque comme l'ostéomyélite ; parfois ce début est indolent et la *douleur* apparaît plus tard. Dans certains cas, cette douleur se calme, cesse. Il ne faut pas se hâter de croire à une guérison, et je professe depuis longtemps qu'une coxalgie qui a cessé d'être douloureuse n'a pas cessé d'évoluer ; bientôt la *rechute se produit ;* c'est un phénomène commun. Enfin la durée de l'affection est longue, et grâce à ces rechutes qu'on considère à tort comme des récidives, elle comprend une période de deux, quatre, six années et même beaucoup plus dans les cas graves ou mal soignés.

La gravité de la coxalgie tuberculeuse est certainement variable ; et, lorsqu'elle guérit, c'est au prix de *déformations persistantes et indélébiles.* Longtemps on a attribué ces changements d'attitude du membre à la luxation de la tête fémorale ; j'ai accepté cette doctrine classique jusqu'au jour où, n'ayant jamais pu constater *de visu* le déplacement de cette tête fémorale hors de sa cavité, j'ai dû rapporter à d'autres lésions les phénomènes observés. En effet, sous l'influence de la tuberculose, la substance osseuse du col du fémur et de la cavité cotyloïde change de consistance et se modifie dans sa forme ; une ankylose totale est la conséquence de ce processus pathologique, et, dans de rares circonstances seulement, il y a conservation dans cette jointure de quelques mouvements.

Opposez à cette variété de coxalgie tuberculeuse, la *coxalgie rhumatismale ;* elle survient en général à un âge plus avancé que la première, frappant cependant les individus jeunes encore, les adultes ; elle n'a pas dans ses débuts cette forme torpide, insidieuse, qui est un des caractères de la coxalgie tuberculeuse. On l'observe chez les personnes que leur profession expose à des variations de température fréquentes (boulangers, tripiers), et c'est presque toujours à l'occasion d'un refroidissement que les accidents initiaux éclatent ; revêtant d'abord les allures d'un rhumatisme, la poussée inflammatoire se localise dans une jointure et s'y éternise ; mais, sous l'influence d'un repos parfait, d'une immobilisation dans une gouttière, une amélioration dans l'état local se produit, et après quatre, cinq, six mois, la guérison s'obtient ; guérison sans récidive, sans rechute ; on pourrait dire de cette forme de coxalgie, que c'est une *affection cycloïde,* qui commence, évolue et se termine.

La guérison se produit sans déformation considérable, sans ankylose vraie et au prix seulement de raideur articulaire et de péri-arthrite sur lesquelles vous aurez beaucoup de prise, surtout par un traitement thermal, et qui, après quelques années, s'amendent notablement.

Ce ne sont pas là les deux seules formes de l'affection, et depuis Brodie (1823) on décrit encore la *coxalgie dite hystérique.* Il faut apprendre à la reconnaître, car c'est une source d'erreurs et de confusions ; mais le diagnostic se tire surtout dans ces cas de phénomènes

concomitants ; il s'agit le plus souvent d'une fille jeune encore qui a tous les attributs de l'état nerveux désigné sous le nom d'hystérie ; elle se présente à vous avec l'attitude d'une coxalgie intense, avérée ; rien ne manque au tableau clinique ; mais quelle est un jour votre surprise, après trois, quatre mois, sous l'influence d'un traitement, ou quelquefois spontanément, de voir en quelques instants les phénomènes se modifier ! Tantôt la coxalgie se portera sur la jointure du côté opposé, abandonnant son siège primitif ; plus souvent il y aura comme un changement à vue dans l'attitude même du membre, lequel, de la rotation en dehors, passera à la rotation en dedans, et conservera cette position nouvelle. Le chloroforme rend, dans ces circonstances, de grands services ; il triomphe de la contraction musculaire, et par conséquent de ces attitudes vicieuses. C'est le grand justicier des diagnostics trompeurs.

J'arrive enfin à ces variétés de coxalgies qui sont mieux désignées sous le nom de pseudo-coxalgies et qui sont pour les médecins, et pour les chirurgiens même, des causes d'erreurs : permettez-moi de vous citer trois faits qui rentrent dans ce cadre :

Vers 1865, celui qui à cette époque était l'héritier de la couronne de France fut pris, à la suite d'une fièvre éruptive, d'une affection grave de la cuisse ; les médecins ordinaires diagnostiquèrent : *coxalgie ;* mais Nélaton, dont je vous ai souvent rappelé le jugement et la sagacité cliniques, se fondant sur la marche irrégulière de la fièvre, et constatant d'autre part de la fluctuation à la racine de la cuisse, porta le diagnostic *d'abcès profond de la racine du membre.*—Une première ponction fut faite par la région inguinale, mais, l'abcès se vidant mal, une deuxième ponction directe fut pratiquée par la région pelvi-trochantérienne.—Après l'évacuation de cet abcès qui siégeait entre la capsule coxo-fémorale et les muscles obturateurs internes et jumeaux, la guérison complète s'effectua.

A côté de ce cas célèbre, je vous citerai des faits plus récents.

Il y a 5 ou 6 ans, je fus consulté par un de mes anciens clients pour son petit enfant qui avait une *coxalgie spéciale* : je vous fais grâce des symptômes de la coxalgie que me présenta cet enfant, ne tenant à vous signaler qu'un seul fait qui attira toute mon attention : cet enfant avait de la fièvre tous les soirs. Ce n'était pas là le propre d'une coxalgie.—Je ne tardai pas à reconnaître une collection fluctuante ; il s'agissait d'un abcès froid de la région pelvi-trochantérienne empiétant sur l'épine iliaque antérieure et supérieure.—Sous l'influence d'un traitement approprié (ouverture, suture, drainage), les douleurs cessèrent et avec elles ces attitudes vicieuses qui simulaient une coxalgie.

Voici un troisième fait plus instructif encore.—Cette année même, j'étais appelé auprès d'une petite fille qui présentait des douleurs variables, irrégulières du côté gauche de la cuisse, après avoir eu à une autre époque une coxalgie du côté droit.—La cuisse gauche était dans l'adduction, et le genou du même côté demi-fléchi ; à la pression, il existait une vive douleur au-dessous de la crête iliaque.—L'examen, sous le chloroforme, nous révéla de la raideur articulaire dans la hanche gauche,—je portai le diagnostic coxalgie, et conseillai l'immobilisation dans une bonne attitude, au moyen d'une gouttière.—Aux bains de mer où j'envoyai cette enfant, elle fut prise d'une très vive douleur dans la fosse iliaque externe, et quelque temps après se révélait un vaste

abcès de la paroi abdominale antérieure, descendant le long de l'aine, dans la direction de la poche du pantalon. J'étais à l'étranger lorsque survint cette complication, et mon éminent collègue, M. Verneuil, qui fut appelé à ma place, *diagnostiqua une coxalgie et un abcès froid consécutif.* Quelques semaines plus tard je revis ma petite cliente : aux apparances coxalgiques des premiers temps avait succédé un énorme abcès qui, semblable à un rideau qui tombe sur la scène, avait masqué et effacé les premiers phénomènes. Enfin, fait des plus intéressants, sous l'influence de l'ouverture de cet abcès, tous les phénomènes primitifs ont disparu, et cette petite fille n'a plus ni trouble coxalgique, ni rien qui le simule. Il ne lui reste qu'une cicatrice opératoire.

Il reste donc acquis que des abcès froids, développés autour de l'articulation coxo-fémorale, peuvent simuler la coxalgie, et si, pendant longtemps, la confusion a été faite entre ces deux ordres d'affections si différentes d'origine, de cause et de siège, c'est pour des raisons faciles à comprendre.—Le diagnostic des affections de la région de la hanche est entièrement basé sur des épiphénomènes; tantôt c'est la *raideur articulaire*, tantôt la *claudication*, quelquefois l'*ensellure ;* or, ces troubles peuvent reconnaître comme cause initiale, soit un abcès péri-articulaire, soit une tuberculose osseuse; peu importe, en effet, que l'irritation périphérique s'exerce de dehors en dedans (abcès) ou de dedans en dehors (tuberculose osseuse); l'*attitude pathologique* sera la même dans les deux cas; nous saisirons les effets pendant que le désordre primitif, fondamental, pourra nous échapper.

Vous pressentez, Messieurs, la conclusion pratique à tirer de cet enseignement : lorsque vous aurez constaté le complexus symptomatique qu'on appelle *coxalgie*, vous devrez toujours vous demander quelle est la cause première de ces apparences; vous ne confondrez pas la coxalgie tuberculeuse des enfants avec la coxalgie rhumatismale ou avec la coxalgie hystérique, et ces trois formes elles-mêmes devront être différenciées d'avec les *pseudo-coxalgies*, qui donnent lieu à des manifestations à peu près identiques à celles des coxalgies véritables. Ces diagnostics d'espèces sont indispensables pour établir une bonne direction thérapeutique et le vrai pronostic.

Ces notions vous semblent aujourd'hui toutes naturelles ; elles ont été longues à acquérir et la lumière ne s'est faite que tardivement sur ce sujet qui présente encore bien des obscurités et appelle encore l'étude attentive des chirurgiens.—*Union médicale.—Scalpel.*

De l'œdème suraigu suffocant de la luette.—Au mois de février 1883, le docteur X... se rend à une réunion à laquelle j'assistais aussi. Soirée d'hommes, où l'on avait bu un peu, fumé beaucoup, causé davantage encore. Le docteur X... avait pris aux conversations une part particulièrement active. Vers minuit, je me retire en compagnie de ce dernier. Nous descendons ensemble un escalier de deux étages. Le docteur X... continue à causer; le timbre de sa voix est parfaitement normal, sa respiration aussi régulière et aussi facile que d'ordinaire. Mais à peine avons-nous mis les pieds dans la rue, dont l'air froid et légèrement humide contrastait avec l'atmosphère surchauffée de la pièce que nous venions de quitter, que le docteur X... est pris instantanément, en moins de temps qu'il n'en faut pour l'écrire, d'une dyspnée des plus intenses. " J'étouffe, me dit-il, je ne sais ce que j'ai

dans la gorge." Nous nous précipitons en hâte dans une maison voisine encore ouverte. J'examine l'arrière-bouche et je constate que la luette est très tuméfiée; elle a le volume d'une très grosse noisette à peine mobile, elle est appliquée sur la base de la langue qu'elle chatouille désagréablement. La voix est voilée, nasonnée, la respiration devient de plus en plus gênée: le docteur X... suffoque réellement. N'ayant à ma disposition ni bistouri, ni lancette, je me hâte de conduire le malade en voiture jusque chez moi. C'est l'affaire de quelques minutes. Je pratique alors sur la luette des scarifications assez larges par lesquelles il s'écoule un peu de sang et très peu de sérosité. Le soulagement que ces scarifications déterminent est à peine appréciable. En présence de la dyspnée qui persiste et même s'accroît, le docteur X... me supplie de recourir à un procédé plus radical et je me décide à sectionner, à l'aide de ciseaux, l'extrémité de la luette. Presque aussitôt après le malade se sent mieux. Il commence à respirer d'une façon moins anxieuse et peut regagner son domicile. Il passe le reste de la nuit dans un état de bien-être relatif et, dès le lendemain soir, le docteur X... était tout à fait rétabli. Les conséquences de la section de la luette, sur lesquelles je n'avais pas été sans concevoir quelque inquiétude, ont d'ailleurs été nulles, et de l'accident que je viens de raconter il ne reste plus au docteur X... que le souvenir.

Ainsi, séjour dans une atmosphère surchauffée et imprégnée de vapeurs de tabac, passage subit de cette atmosphère dans un air humide et froid, telles ont été les conditions qui, chez le docteur X..., ont occasionné la fluxion œdémateuse de la luette. Ces conditions, nous allons les retrouver presque identiques chez l'autre malade dont il me reste à parler. D'autre part, le début remarquablement brusque des accidents, dans le cas que je viens de rapporter, l'intensité de la dyspnée, qu'explique le volume considérable acquis par la luette sous l'influence de l'œdème, font de ce cas un cas véritablement typique. Il constitue en quelque sorte le degré le plus élevé d'une série dont l'observation suivante représente un degré atténué.

Par une singulière coïncidence, trois ou quatre jours après le petit événement que je viens de raconter, j'étais réveillé le matin, vers six heures, par mon ami le docteur Z...., chef de clinique de la Faculté, qui venait en toute hâte me prier de chercher à le soulager d'une dyspnée vive dont il souffrait et de lui examiner l'arrière-gorge, au niveau de laquelle il percevait une sensation anormale. Le docteur Z... me raconta ce qui suit: il avait, la veille, passé la soirée en ville, et avait, lui aussi, séjourné assez longuement dans une atmosphère fortement chauffée. Il s'était retiré vers une heure du matin. Après s'être un instant promené dans la rue, il avait commencé à éprouver, sans trop savoir pourquoi, une certaine gêne de la respiration, accompagnée d'un sentiment penible de chatouillement à l'arrière-gorge. Il était rentré chez lui, s'était couché, mais avait dû aussitôt se relever, car la dypsnée dont il souffrait et qui semblait être allée en s'accentuant, ne permettait pas qu'il gardât la position horizontale. Il avait dû ainsi passer la nuit assis sur le rebord du lit, en proie à une véritable souffrance. Au premier jour, il s'était précipité en toute hâte chez moi. Comme chez le docteur Z... la luette très grosse, gonflée en forme de poire, et rappelant l'aspect, que revêtent parfois les cordes vocales œdématiées, d'une vessie natatoire de poisson. Il me suffit cette fois,

pour amener une atténuation des accidents, de pratiquer quelques scarifications avec le bistouri. En quelques heures la luette revint à ses dimensions normales, la dyspnée disparut. A neuf heures, le docteur Z... pouvait faire son service à l'hôpital et il n'éprouvait plus qu'un peu de gêne au niveau de l'arrière-gorge, gêne qui se dissipa vite.—*France médicale.*

Conduite du médecin chez les prostatiques.—Dans sa thèse sur les effets de la congestion dans les maladies des voies urinaires, le Dr Tuffier expose en quelques pages, que je vais reproduire en les abrégeant, la conduite à tenir par le médecin chez les prostatiques.

Dans la première période, le malade ne présente que des accidents congestifs.

Le premier précepte à suivre c'est la non-intervention active. Sonder le malade à cette époque, c'est aller au-devant des accidents, c'est augmenter les chances de cystite en faisant passer cet état de congestion à l'état d'inflammation.

Un simple cathétérisme peut provoquer un raptus congestif. Malheureusement, le cathétérisme est souvent demandé par le malade et plus souvent encore il est proposé par le médecin.

C'est par des soins hygiéniques que l on remédie à ces premiers accidents.

Eviter toute cause de congestion vésicale, c'est-à-dire se garder des refroidissements et des fatigues exagérées, des excès de boissons et des excès sexuels.

Il est une autre précaution qu'il faut recommander au patient, le malade ne doit jamais se retenir d'uriner. Il doit obéir aux premières sollicitations de sa vessie sous peine de voir l'état congestif de la première période provoquer de la rétention.

A ces simples précautions, qui ne font qu'enrayer les accidents sans les guérir, il faut ajouter un traitement général qui soulage beaucoup les prostatiques. Une alimentation légère, un exercice modéré, mais fréquemment répété, les frictions sèches et enfin quelques grammes d'iodure de potassium facilitent la circulation.

Au point de vue local, on doit chercher à diminuer la stase, et, pour cela, la première indication à remplir, c'est de supprimer tout obstacle à la circulation veineuse.

La constipation exerce, à ce point de vue, une influence considérable sur les plexus prostatiques, aussi doit-on maintenir le rectum des prostatiques en état de vacuité.

Toutefois, les purgatifs sont bons, excepté les préparations d'aloès et les drastiques, qui congestionnent le rectum. Au contraire, c'est aux laxatifs légers, magnésie, rhubarbe, qu'il faut s'adresser.

Les lavements peuvent être employés à deux fins: d'abord pour débarrasser le rectum, c'est un excellent moyen qui, répété matin et soir, diminue notablement le nombre des mictions. On les a également employés froids pour donner une certaine tonicité aux parois vasculaires en provoquant une contraction. Mais la vessie est en imminence d'inflammation, et un refroidissement local peut provoquer une congestion plus intense. C'est pourquoi cette médication ne doit r e mployée qu'avec réserve.

M. Guyon dit avoir vu plusieurs fois des cystites succéder à des irrigations de ce genre, et ne prescrit que les lavements tièdes.

Mais si le malade se *présente à la deuxième période*, s'il ne vide pas sa vessie, si l'urine stagne dans le bas-fond, les indications sont bien différentes.

La distension vésicale, entretenant la congestion de la vessie et du rein, doit être combattue, et le cathétérisme qui, tout à l'heure, était inutile et dangereux, devient ici la base même du traitement.

Il faut évacuer l'urine qui stagne, et, pour cela, l'emploi de la sonde doit être répété plus ou moins souvent suivant le cas.

Si la vessie *n'est pas distendue*, si elle est indolente, un sondage matin et soir la mettra à sec et parera à tout accident.

Mais si des phénomènes douloureux se manifestent et s'ils sont soulagés par l'évacuation du réservoir, le cathétérisme doit être répété aussi souvent que les douleurs se renouvellent; la douleur est alors le symptôme de la distension, distension qui, même très faible, n'est pas tolérée par la vessie hyperexcitable.

Mais si la *stagnation s'accompagne de distension*, alors surtout la vessie doit être vidée de son contenu, mais cela, d'une façon spéciale, car lorsque l'on évacue *complètement et d'un seul coup* une vessie chroniquement distendue, l'urine s'écoule d'abord claire, puis rosée, sanguinolente à mesure que la vessie se vide et enfin du sang pur s'écoule à la fin de l'évacuation.

C'est là un fait commun, et nombre de malades, sondés avant leur entrée à l'hôpital, rendent parfaitement compte de ces accidents. Les jours suivants, l'urine, qui jusqu'alors était claire, devient sanguinolente, une cystite s'est déclarée.

Il vaut mieux ne vider la vessie que progressivement et ne lui soustraire qu'une partie de son contenu à chaque cathétérisme, 12 à 1500 grammes par exemple, et remplacer le quart du liquide enlevé par une solution boriquée au 40/0, afin d'empêcher la fermentation intravésicale.

Grâce à cette méthode, la vessie peut être mise à sec après cinq à dix jours de cathétérisme, suivant son degré de distension et les complications, hématuries et cystite, sont bien moins à craindre.

Telle est la conduite à tenir chez les prostatiques de la deuxième période; elle doit être également mise en pratique quand l'incontinence à fait place à la rétention. En résumé, c'est à un cathétérisme méthodique qu'il faut avoir recours et les résultats ainsi obtenus sont excellents.

Des malades peuvent ainsi vivre des dizaines d'années, n'urinant que par la sonde.

Cependant un certain nombre de *complications* peuvent survenir chez les prostatiques.

La rétention complète de l'urine, les hématuries, la cystite et la néphrite sont des accidents fréquents dans l'hypertrophie de la prostate et dans chacun de ces phénomènes où la congestion entre pour une grande part, il y a des traitements différents à suivre.

La *rétention complète de l'urine* réclame une évacuation totale ou partielle, suivant le degré de distension de la vessie. Cette évacuation doit être immédiate ou à brève échéance.

En présence de cet accident, le premier devoir est donc d'explorer l'urèthre, de reconnaître l'obstacle prostatique et d'essayer de le franchir par toutes les manœuvres du cathétérisme; mais, si l'obstacle résiste, il ne faut point vouloir passer quand même. Une manœuvre

trop brusque provoquerait une fausse route avec toutes ses conséquences : hémorrhagie et fièvre urineuse.

C'est alors qu'il faut se souvenir que la rétention est d'origine vasculaire. C'est à la congestion qu'il faut s'adresser. Desault avait exagéré le fait quand il dit ; " Les bougies décongestionnent la prostate, il faut les appuyer fortement pour chasser le sang des veines."

C'est à des moyens très simples qu'il faut avoir recours. Débarrasser d'abord le rectum par un grand lavement, et ainsi laisser libre carrière aux anastomoses des plexus prostatiques et des veines hémorrhoïdales.

Un grand bain prolongé, une application de sangsues dans la région périnéale constituent la meilleure médication contre le raptus congestif.

A la suite de ce traitement, dont la durée ne dépasse pas deux ou trois heures, le malade urine le plus souvent spontanément. En tout cas, l'obstacle, d'abord infranchissable, est facilement dépassé.

Un fait vraiment remarquable à ce moment, c'est la perméabilité extrême du canal. Si le malade urine spontanément, c'est à gros jet qu'il vide sa vessie ; si on vient à passer la sonde, un n° 20 est à l'aise dans le canal, il n'est besoin d'aucune force pour la faire pénétrer.

Il s'est donc passé, sous l'influence du traitement et en quelques heures, une modification considérable dans le diamètre du canal, un changement aussi rapide a été provoqué par une thérapeutique qui, en somme, ne s'est adressée qu'à l'appareil vasculaire, c'est donc bien dans cet appareil que siégeait l'obstacle prostatique.

Mais si tous ces moyens (médication anti-congestionnante, cathétérisme) sont restés inefficaces, il faut, sans hésiter, recourir à une ponction hypogastrique. Une piqûre de la vessie, faite antiseptiquement, n'a aucune gravité.

Le plus souvent, cette ponction est suivie des mêmes effets que l'évacuation par le canal; le lendemain, le malade urine librement et à gros jets, le cathétérisme uréthral ne présente plus aucune difficulté.—(*A suivre.*)—*Paris médical.*

Ruptures de l'urèthre.—*Société de chirurgie.*—M. Terrier fait un rapport sur une observation adressée à la Société par M. Cabadé (Valence d'Agen) : rupture traumatique du canal de l'urèthre, infiltration urineuse, fistule récidivée. Cette observation montre les difficultés de maintenir béant l'urèthre rupturé, surtout lorsque cette rupture a donné lieu, comme dans ce cas, à une véritable perte de substance de l'urèthre, par suite de la gangrène due à l'infiltration de l'urine. M. Cabadé, qui fut obligé de rouvrir deux fois la plaie périnéale, pense que l'on peut être parfois obligé d'abandonner la partie et de laisser le sujet uriner par la fistule, surtout lorsqu'il est incapable de se sonder ou d'être sondé. M. Terrier fait observer que la fistule tend aussi à s'obturer, que le bout postérieur du canal peut souvent se rétrécir, et qu'on doit alors recourir à l'uréthrotomie interne.

M. Tillaux, dans un cas analogue, débrida le périnée le même jour de l'accident, passa des sondes tous les jours pour vider la vessie, et rétablit par la suite le calibre à l'aide de bougies.

M. Le Fort réussit à passer une sonde aussitôt après l'accident et la laissa deux mois en place ; mais le canal ne tarda pas à se rétrécir ; on dut faire l'uréthrotomie externe qui ne donna pas un succès définitif, car quelques temps après, M. Gillette dut recommencer la même opération.

M. Bouilly, qui a obtenu un succès analogue à celui de M. Tillaux, explique la différence dans les résultats obtenus par les différences dans l'étendue des lésions anatomiques. Le succès définitif est probable quand il n'y a pas eu perte de substance du canal et quand l'incision périnéale a pu être pratiquée à une époque rapprochée de l'accident.

M. Gillette ne croit pas utile de faire le cathétérisme de l'urèthre immédiatement après l'accident.

M. Lucas-Championnière croit utile de combiner l'incision périnéale et le cathétérisme dès les premiers jours qui suivront l'accident. Il rappelle que cette pratique est celle des médecins de la marine et de M. Guyon.

M. Horteloup a souvent constaté que la sonde était mal tolérée après l'uréthrotomie, c'est pourquoi il ne l'introduit que douze ou treize jours après l'opération.—*Progrès médical.*

Des incisions exploratrices. — *Société de chirurgie*—M. Terrillon est très partisan de l'emploi des *incisions exploratrices* pour le diagnostic des tumeurs abdominales vraies ou simulées. Il les considère comme parfaitement justifiées, mais elles doivent avoir pour but d'éclairer le diagnostic afin de permettre une *opération radicale.* Le chirurgien également doit, en pareille circonstance, être parfaitement convaincu que si, suivant les prévisions, l'incision exploratrice lui fait constater l'indication nette d'une opération radicale, celle-ci sera de nature à débarrasser la malade d'une infirmité sérieuse ou d'une affection mortelle à brève échéance.

Il faut aussi que le chirurgien pèse judicieusement les risques inhérents à l'incision elle-même. Les statistiques donnent comme chiffre de la mortalité, 21 p 100; mais il ne faut pas attacher à ces moyennes une importance exagérée, et il convient de ne pas oublier que c'est à l'incision exploratrice que beaucoup de malades doivent d'avoir été guéries d'affections qui avaient été considérées comme au-dessus des ressources de l'art. D'ailleurs, on ne la pratique généralement que dans des cas tenus pour très graves, et l'on ne se résout à augmenter momentanément les chances de mort que dans l'espoir de trouver des conditions favorables au succès d'une opération radicale.

Il importe beaucoup de la pratiquer de bonne heure, de ne point attendre que les malades soient dans des conditions qui rendent son exécution beaucoup plus périlleuse. Elle doit être faite aussitôt que le chirurgien, hésitant sur la nature et sur les rapports de la tumeur abdominale et ayant épuisé tous ses moyens de diagnostic, a jugé qu'il était nécessaire de l'éclairer complètement avant d'entreprendre une opération radicale.

M. Monod a pratiqué l'incision abdominale dans les circonstances suivantes : Femme âgée de 37 ans, présentant une tumeur abdominale qui remonte au-dessus de l'ombilic. Il y a deux mois que la femme dit n'avoir pas vu ses règles. Donc, pas de relation apparente entre le volume de la tumeur et la cessation des menstrues. D'ailleurs, la palpation, la percussion ne fournissent que des résultats négatifs. Le toucher, pratiqué par M. Monod et deux de ses collègues des hôpitaux, laisse l'impression qu'il s'agit d'une tumeur indépendante de l'utérus. On porte le diagnostic de kyste de l'ovaire, et l'on opère : la paroi abdominale incisée, on tombe sur un utérus régulièrement développé.

M. Monod referma immédiatement l'incision par quelques points de suture. Les suites de l'opération furent d'ailleurs très simples; quinze jours après, l'opérée était entièrement guérie. Elle avoua alors qu'elle avait volontairement caché la date de la cessation des règles.

M. Terrier fait surtout remarquer que l'incision exploratrice n'est pas en elle-même très dangereuse, que la guérison à lieu 95 fois sur 100, à condition que le chirurgien s'arrête et s'empresse de refermer la cavité péritonéale dès qu'il a reconnu son erreur. Ce qui lui donne sa gravité, ce sont les explorations prolongées et laborieuses pour une opération qui reste inachevée. *Les résultats sont d'autant plus défavorables que l'on pousse plus loin le traumatisme opératoire destiné à éclairer un diagnostic obscur.*

M. Championnière pense qu'il est bien difficile d'établir exactement le chiffre de la mortalité quant à l'incision exploratrice. Les résultats malheureux doivent être surtout attribués aux tentatives incomplètes d'opérations radicales, et, à son avis, l'incision exploratrice, considérée en elle-même, ne renferme pas de danger.

En ce qui concerne les observations de M. Monod, il pense qu'il s'agit peut-être d'un corps fibreux de l'utérus compliquant la grossesse, et masquant par sa présence les bruits fœtaux et placentaires.

M. Polaillon croit que, dans les cas analogues à celui de M. Monod, il serait sage de pratiquer le cathétérisme utérin comme moyen d'éclairer le diagnostic. En cas de gravidité, le plus grand risque qu'on courrait serait de provoquer l'avortement, lequel serait toujours moins grave que l'*incision exploratrice* suivie de tentative d'opération. Comme MM. Terrier et Championnière, il pense que le principal défaut de l'incision exploratrice est de conduire à des *opérations incomplètes.—Paris médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

De la version.—Clinique de M. Pajot à l'hôpital des Cliniques.—Avant de commencer sa leçon, l'éminent professeur renouvelle à ses élèves la recommandation de se conformer aux prescriptions affichées sur tous les murs de l'hôpital des Cliniques; de ne jamais entrer dans les salles avec des vêtements qu'on aurait portés pendant les dissections dans les amphithéâtres ou dans des services de médecine, presque toujours peuplés de malades à fièvres contagieuses; de se minutieusement laver les mains avant de toucher une femme en couches, etc., etc. C'est grâce à toutes ces précautions et à l'antisepsie rigoureuse observées dans le service que, depuis dix-huit mois, une seule femme a succombé à l'infection puerpérale. Mais depuis huit jours, trois cas d'infection se sont produits. Il faut donc redoubler de soins et de prudence. C'est une affaire de conscience et d'humanité.

Aprés avoir placé dans le bassin du mannequin un fœtus mort à terme, l'avoir installé dans une certaine position et l'avoir recouvert des membranes de caoutchouc qui tiennent lieu de parois utérine et abdominale, M. Pajot appelle un élève et lui pose le problème suivant:

—Monsieur, voilà une primipare qui est en travail depuis trente heures; on ne sait pas ce qu'elle a; mais elle n'accouche pas. On vous appelle. Qu'allez-vous faire?

—Je vais toucher, pour me rendre compte de l'obstacle à l'accouchement.

—Non, votre premier soin est de demander à l'entourage depuis quand les eaux se sont écoulées ; la sage-femme vous renseignera sur l'état du col. Il est, en effet, important de savoir si cet orifice est complètement dilaté.

Dans notre cas particulier, vous avez, je suppose, appris que les membranes se sont rompues depuis cinq heures, et que les contractions, énergiques d'abord, se sont peu à peu affaiblies.

L'élève pratique le toucher. Cet examen montre qu'il ne s'agit pas d'une présentation de la tête ; en effet, le doigt de l'explorateur ne tarde pas à ramener une main à la vulve. Quelle est l'épaule qui se présente ?

Pour le savoir : *il faut tourner en haut la face palmaire de la main fœtale, et la cuisse maternelle vers laquelle est dirigé le pouce du fœtus est l'homonyme de l'épaule qui se présente.*

Ici, le pouce de l'enfant est tourné vers la cuisse droite, c'est donc une présentation de l'épaule droite.

Ce n'est pas tout ; il faut encore savoir de quel côté se trouve la tête, ce dernier renseignement nous donnera la direction du dos. Pourquoi est-il nécessaire de connaître cette position du dos ? Pour savoir, en pratiquant la version, s'il faut passer la main en avant ou en arrière du fœtus.

En remontant le long du bras de l'enfant pour chercher l'aisselle, le doigt de l'explorateur est arrêté à droite, donc la tête est à droite. Où est le dos ?

Règle : *lorsque l'épaule qui se présente et le côté vers lequel se trouve la tête fœtale sont homonymes, le dos est en arrière.*

C'est ici le cas : nous avons une présentation de l'épaule droite, donc le dos est en arrière.

La situation de toutes les parties fœtales nous est maintenant connue ; nous pouvons donc pratiquer la version en toute sécurité.

Mais auparavant quelques conseils :

De ce que la tête est à droite, il ne s'ensuit pas, comme tous les débutants sont tentés de le faire, qu'il faille aller chercher les pieds à gauche, dans la fosse iliaque gauche. Non, les pieds sont généralement au fond de l'utérus, dans la situation qu'indique très bien le mannequin.

L'objectif de l'opérateur faisant une version est de saisir les pieds fœtaux. S'il ne les trouve pas ces pieds, l'accoucheur perd la tête. C'est ce qui rend la version difficile ; c'est la raison pour laquelle, de toutes les manœuvres obstétricales, c'est celle qui est le plus souvent terminée par un autre opérateur que celui qui l'a commencée.

Voici donc un conseil que donnait autrefois Dubois et qui vous tirera souvent d'embarras.

Quand dans une version vous ne trouverez pas les pieds, ne vous en occupez plus. Allez au fond de l'utérus ; une fois parvenu à ce point, ouvrez largement la main, redescendez un peu ; les extrémités fœtales viendront s'offrir d'elles-mêmes à la préhension.

Ce précepte, continue l'éminent professeur, m'a été utile dans une occasion que je n'oublierai jamais. C'était, à la vérité, un cas très difficile. La parturiente, près de laquelle on m'appelait, avait deux jumeaux dont l'un était déjà sorti ; le second se présentait par l'épaule.

Les médecins qui, avant moi, avaient tenté de faire la version avaient mis toutes les parties dans un tel désordre qu'il n'y avait plus moyen de s'y reconnaître. Ajoutez à cela, que la matrice renfermait encore deux placentas avec leurs membranes. Ma main était perdue au milieu de tous ces annexes fœtaux. Je faisais déjà d'amères réflexions, me demandant comment j'en sortirais, moi qui enseignais aux autres les règles de la version, quand tout à coup je me souvins du précepte de Dubois, j'enfonçai la main au fond de la matrice où je ne tardai pas à attraper deux genoux sur lesquels je tirai avec bonheur.

Dans le cas que nous étudions, le ventre de l'enfant est en avant. C'est le côté le plus difficile pour faire la version, Cette difficulté vient de ce que, pour atteindre les pieds dans cette position, le bras de l'opérateur, devant s'adapter à la courbe du ventre, se trouve dans une situation extrêmement gênante et fatigante.

Il faudrait pour la supporter avoir une articulation supplémentaire au milieu de l'avant-bras. La nature ne nous a pas pourvus de ce moyen de flexion, de sorte que la face dorsale du poignet pendant cette manœuvre, appuyée sur la symphyse du pubis, est en quelque sorte coupée par cette arcade osseuse. La main se trouve bientôt paralysée et réduite à l'impuissance.

Pour obvier à cet inconvénient, il faut changer la position de la femme, la mettre à quatre pattes, comme disent les enfants, ou bien la coucher sur le côté droit, position qu'affectionnent les Anglais. L'accoucheur, se plaçant derrière la parturiente, n'éprouve plus la moindre difficulté, sa main et son avant bras épousent dès lors le plus commodément du monde la courbe abdominale.

Nous avons ici la main à la vulve Nous allons y placer un lac, *non pour empêcher le membre fœtal de rentrer*, comme le répètent tous les débutants, car il faut bien qu'il rentre pour que l'évolution puisse se faire, mais pour l'empêcher de se relever sur la tête. Le rôle de l'aide consiste donc à tendre modérément le lac, et à laisser rentrer *peu à peu* la main du fœtus dans l'abdomen.

Une précaution à prendre, précaution qu'il ne faut jamais négliger, précaution sans laquelle toute version peut être *mortelle*, *c'est de faire placer les deux mains d'un aide sur le fond de l'utérus pour le refouler, pour l'empêcher de bouger pendant que s'opère l'évolution du fœtus.* Sans cette contention extérieure vous risquez de rompre la matrice.

En entrant dans l'utérus, ne tâtonnez pas. Toute hésitation est très défavorable, elle irrite l'organe qui se contracte et ne vous livre plus que très difficilement passage. Il est donc très important, dès qu'on a le bout des doigts engagé dans l'orifice, d'y entrer franchement.

Enfin, il est bon d'ajouter, et cela aussi bien pour les accoucheurs que pour les sages-femmes, qu'il faut, avant de se graisser le dos de la main, dépouiller toutes les bagues qui peuvent orner les doigts. Le moins qu'il puisse vous arriver, c'est de laisser ces anneaux dans la matrice, qui peut aussi très bien se déchirer en pressant sur ces reliefs et aspérités du métal précieux, mais dur.

Dès que sous l'influence de ces tractions les pieds apparaissent à la vulve, il faut remonter vos pouces sur les parties fœtales, afin d'avoir plus de prise et de force ; *les pouces doivent être toujours à la vulve ;* mais une fois que le bassin de l'enfant est sorti, arrêtez-vous. Vous avez désormais une prise suffisante ; de plus, en remontant les pouces

sur le tronc, vous risqueriez d'endommager les organes abdominaux et surtout le foie qui, comme vous le savez, est très volumineux chez l'enfant.

Vous voyez que sur notre mannequin, il ne reste plus que la tête à extraire. Pour cela, il faut que l'occiput soit derrière la symphyse. Pour l'y placer, on peut glisser l'index de chaque main derrière les oreilles et essayer de faire tourner la tête. On peut réussir par ce moyen, mais on a peu de force. Un autre procédé bien meilleur est celui-ci : glissez, comme je le fais, la main derrière la joue jusqu'à la bouche, dans laquelle vous introduirez un ou deux doigts, si vous le pouvez ; placez ensuite le pouce de la même main sur l'occiput. Vous avez ainsi une puissance considérable pour faire la rotation. La force dont on dispose est même parfois trop grande ; il est bon d'user de ménagements.

Profitez enfin de la situation de votre main et de l'introduction de vos doigts dans la bouche de l'enfant pour terminer le dernier temps. Placez sur l'occiput deux doigts de la main gauche en fourche et relevez le fœtus sur le ventre de la mère.—*Abeille médicale.*

Sein et antisepsie pendant l'allaitement; par M. le Dr Ressein.—Il n'est guère de maladies qui causent plus d'ennui au praticien que celles qui surviennent du côté des seins pendant l'allaitement. Un nombre considérable de traitements ont été préconisés contre ces différents états pathologiques, qui commencent par des gerçures du mamelon et finissent par la suppuration de la mamelle. Depuis les moyens les plus doux (cataplasme) jusqu'aux plus énergiques (caustique, nitrate d'argent, etc.), tout a été essayé avec égal succès et insuccès. Seule, la méthode antiseptique a fait réaliser un progrès très important à cette partie de la thérapeutique ; cette méthode a elle-même subi de nombreuses variantes ; celle préconisée par M. Pinard, et décrite dans la thèse de Ressein, nous semble particulièrement heureuse et efficace ; elle rendra certainement des services signalés aux médecins qui voudront l'appliquer.

Voici cette méthode :

Nous omettons le traitement prophylactique des gerçures qu'il ne faut jamais oublier pendant la grossesse et l'allaitement.

Une excoriation du mamelon est-elle produite, quelque soit son degré : érosion, plaie, gerçure, crevasse, appliquer sur le sein des compresses imbibées de la solution suivante :

Eau distillée.....	200 parties.
Acide borique.....	6 —

Pour empêcher l'évaporation du liquide, on met immédiatement sur les compresses un morceau de taffetas gommé. Sur le taffetas une couche de ouate ; le tout est maintenu à l'aide d'un bandage de corps.

Cette couche de ouate et le bandage de corps ont l'avantage de soutenir les mamelles, de les maintenir à une température constante, et de les mettre à l'abri de l'action du froid.

De plus, la compression exercée sur le sein est très utile, car bien faite et appliquée à temps, elle peut prévenir la formation du pus.

Grâce à ce traitement, douleur et inflammation diminuent. L'atté

nuation de la douleur permet à la femme de continuer l'allaitement. La diminution de l'inflammation empêche la formation du pus.

Pour l'antisepsie mammaire, l'acide borique est supérieur au sublimé corrosif et à l'acide phénique, parce qu'il n'est pas toxique comme le sublimé, et parce qu'il n'a pas d'odeur comme l'acide phénique.—*Bulletin général de thérapeutique.*

Hyperesthésie vulvaire, vaginisme, dilatation forcée du vagin.—Clinique de M. Verneuil à la Charité.—J'ai fait samedi dernier une opération qui est loin d'être commune, surtout dans les hôpitaux : je veux parler de la dilatation forcée du vagin.

La malade est une jeune femme que j'ai soignée autrefois ici,—elle était alors jeune fille,—pour une coxalgie. Mariée depuis peu, elle n'a pas encore pu accomplir une seule fois l'acte génital. Elle est venue tout d'abord me consulter pour des phénomènes douloureux dans le bas-ventre, avec flueurs blanches, etc. Extrêmement névropathe, elle ne pouvait supporter le toucher sans gémir ou pleurer. C'est alors que je l'ai fait entrer dans nos salles, et j'ai constaté chez elle l'existence à la fois de l'élément inflammatoire et de l'élément spasmodique, c'est-à-dire un vaginisme et une vaginite granuleuse intense, avec écoulement purulent très prononcé et hyperesthésie développée à tel point que tout coït lui était impossible.

En pareil cas, à quel mode de traitement doit-on avoir recours ? On a recommandé certaines pommades, la poudre de ratanhia, mais ce sont là des moyens insuffisants, dans la grande majorité des cas.

On a proposé la dilatation temporaire et la dilatation progressive ; ce sont des moyens insupportables pour les malades et qu'au bout de très peu de temps elles repoussent absolument.

Les cautérisations ont donné quelques résultats avantageux, mais ceux-ci sont généralement peu durables.

Un chirurgien américain, Marion Sims, a préconisé la résection de l'hymen, pensant que les phénomènes irritatifs partaient de là. Je l'ai vu faire une fois ou deux, mais d'abord cela donne lieu à des hémorrhagies considérables, ensuite à une cicatrisation très longue, et la cicatrice elle-même est quelquefois aussi hyperesthésique que le vagin.

Cependant il m'est arrivé de tenter l'opération suivante avec M. Tarnier. Voici dans quelles circonstances :

Une jeune fille du monde, âgée de vingt-deux ou vingt-trois ans, très grande et très belle personne, avait, depuis plusieurs années, une fissure anale des plus horriblement douloureuses, et n'avait jamais voulu se laisser opérer. Appelé par ses parents auprès d'elle, je pratiquai la dilatation anale et bientôt tout phénomène douloureux disparaissait comme par enchantement. Depuis lors, je l'avais perdue de vue, lorsque quelques années plus tard,—elle avait alors vingt-six ou vingt-sept ans,—sa mère vint me trouver et me confia que, mariée depuis peu, elle n'avait jamais pu accomplir les fonctions génitales. Le cas était d'autant plus grave qu'elle avait épousé un vieillard,—l'obstacle au coït ne lui incombait pas ;—mais elle était pauvre, son mari très riche et d'un très grand nom dans la colonie étrangère. De part et d'autre on tenait vivement à la naissance d'un héritier : le mari, afin de perpétuer son nom dans une descendance directe ; la jeune

femme, quelque peu pour la fortune qui, à défaut d'enfant, passerait à des collatéraux plus ou moins éloignés du mari.

Bref, on venait me demander de la guérir. On avait consulté M. Tarnier qui, sachant que je l'avais déjà traitée une première fois pour une fissure de l'anus, l'avait engagée à me consulter de nouveau.

Je constatai une hyperesthésie vulvaire extrême, ainsi que l'existence de deux ou trois petits points de la muqueuse d'un rouge intense et horriblement douloureux. Je pensai, avec M. Tarnier, que la résection de l'hymen pouvait être utile; je détruisis les points douloureux avec le thermocautère sans obtenir aucun soulagement, bien plus, les petits plaites produites par l'instrument devinrent tellement hyperesthésiques à leur tour que le toucher était aussi douloureux. Je me demandai s'il ne fallait pas procéder à l'extirpation *complète* de l'hymen. Cependant un mois plus tard, sans toucher à l'hymen, j'introduisais le spéculum et procédais à la dilatation du vagin avec le plus grand succès.

Mais je reviens à l'opération de samedi dernier. Notre malade avait une vulvite intense avec écoulement marqué, la muqueuse rouge foncé et d'une vascularité extrême. Le siège de la contracture était le muscle transverse du périnée, comme toujours en pareil cas, d'où la nécessité, dans l'opération de la dilatation, de faire porter sur lui tout l'effort opératoire. Après avoir chloroformé la malade, je pratiquai donc le toucher, et mon doigt était couvert de sang. J'introduisis ensuite le spéculum de Ricord, le spéculum ordinaire, puis le spéculum américain, en appuyant fortement en arrière, sur le muscle transverse du périnée. Un écoulement sanguin assez vif se produisit. Je ne m'y attendais pas, sans quoi j'aurais, préalablement à toute opération, procédé au lavage antiseptique du vagin, d'autant plus que celui-ci était le siège d'une suppuration assez prononcée. Bref, j'ai placé deux tampons et fait le lavage antiseptique de la cavité vaginale. Une nouvelle hémorrhagie est survenue dans la journée, mais elle n'a pas eu de conséquences sérieuses. Cependant, le lendemain matin, la température s'était élevée à 39 degrés, par suite de l'auto-inoculation vaginale directe, car une aussi petite opération que la dilatation vaginale n'aurait pas dû donner lieu au moindre accident consécutif, ni à aucune hémorrhagie.

C'est, du reste, la seconde fois que je vois la dilatation vaginale déterminer un écoulement sanguin aussi considérable, sans que l'on puisse invoquer l'existence des varices du vagin, surtout chez une femme que l'on peut considérer comme à peu près vierge.

Ce matin, notre opérée va bien, sa température est descendue à 38 degrés, et je pense que d'ici à deux ou trois jours tout sera fini.

En résumé, les moyens chirurgicaux, sans parler des dangers de l'anesthésie qu'ils nécessitent, ne sont pas sans mettre quelque peu la femme en péril. On n'y aura donc recours pour ainsi dire qu'à son corps défendant. Mais il est bon de les connaître et de savoir au besoin les appliquer, quand par le travail d'élimination exposé dans le cours de cet article il sera bien démontré aux chirurgiens que seuls ils peuvent procurer une guérison sérieuse et définitive.—*Revue médicale.*

Ablation des ovaires dans le traitement des fibro-myomes utérins et des hémorrhagies incoercibles.—M. le Dr DUPLAY a fait, sous ce titre, à l'Académie de Médecine de Paris, une communication très intéressante qu'il termine par ces conclusions :

1o. L'ablation des deux ovaires est appelée à rendre les plus grands services dans les cas de ménorrhagies incoercibles, symptomatiques de la présence de corps fibreux de l'utérus.

2o. Quoiqu'elle ne présente pas une très grande gravité, puisqu'elle ne donne pas plus de 14,6 °/o de mortalité, on ne doit y recourir qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique.

3o. Elle est surtout indiquée dans les cas de fibro-myomes moyens ou petits, dans lesquels l'hystérectomie serait parfois impossible et toujours extrêmement grave, sinon fatalement mortelle.

4o. Dans ces conditions, la castration est suivie presque constamment de la cessation complète et définitive des hémorrhagies et très fréquemment de la diminution du volume de la tumeur.

5o. La castration est contre-indiquée dans les très gros fibro-myomes et dans les cysto-fibromes pour lesquels l'hystérectomie est seule convenable.

6o. La castration doit toujours être double et il est utile d'enlever en même temps que l'ovaire le pavillon de la trompe de Fallope.—*Scalpel.*

De l'influence du cimicifuga racemosa sur l'accouchement.—Dans une communication à ce sujet devant la Société obstétricale de Chicago le Dr Suydam KNOX pose les conclusions suivantes :

1o Par suite de l'emploi du cimicifuga, la durée de la première et de la seconde période est diminuée d'au moins de moitié.

2o Le cimicifuga a un effet sédatif réel sur la femme en travail, calme l'irritabilité réflexe, la nausée, le prurit et l'insomnie, troubles si fréquents durant les six dernières semaines de la grossesse, et non seulement les amoindrit considérablement mais même parfois les fait disparaître tout-à-fait.

3o Le cimicifuga exerce aussi une action antispasmodique évidente sur la femme en couches. Les crampes névralgiques et les douleurs irrégulières de la première période sont moindres et quelquefois cessent complètement.

4o Le cimicifuga relâche la fibre musculaire utérine et les parties molles du canal par où doit passer le fœtus, et cela, en contrôlant l'irritabilité musculaire ; il facilite ainsi le travail et diminue les chances de lacération.

5o Le cimicifuga augmente l'énergie et le rhythme des douleurs de la seconde période du travail.

6o De même que l'ergot, le cimicifuga assure la contraction utérine après la délivrance.

L'auteur administre ainsi le médicament : quinze minimes d'extrait fluide de cimicifuga dans un peu de sirop de salsepareille, chaque soir, durant les quatre semaines précédant l'accouchement.—*Peoria Med. Monthly.*

De l'influence exercée sur le travail par le laps de temps écoulé entre le premier et le second accouchement ; par Ludwig KLEINWARCHTER.

1. Les femmes qui deviennent enceintes pour la seconde fois après

un intervalle assez long (de 6 à 16 ans) sont sujettes à souffrir beaucoup plus, soit accidentellement, soit par suite de leur grossesse, que les femmes dont les conceptions se succèdent plus rapidement (de 1 à 6 ans); c'est plus particulièrement le cas quand l'intervalle est de dix ans ou plus.

2. Les vomissements opiniâtres se manifestent plus souvent après un long qu'après un court intervalle.

3. Par contre, il y a moins de prédisposition aux hémorrhagies antepartum.

4. D'une façon absolue ou simplement relative, la quantité de liquide amniotique est accrue.

5. La durée du traitement est plus considérable, surtout celle de la première période; les autres périodes restent à peu près les mêmes. Si l'intervalle dépasse dix années, la durée de la troisième période est aussi augmentée, de sorte que le travail semble être aussi long, et même plus long que dans le cas d'une primipare.

6. La durée du travail chez les secondipares est d'environ dix heures et demie.

7. Dans les cas où l'intervalle est long, la faiblesse des contractions utérines se fait remarquer davantage. Les déchirures du périnée sont plus fréquentes, de même que les hémorrhagies post-partum, les adhérences du placenta, les maladies des reins, et l'œdème des extrémités sans albuminurie.

8. La mastite diminue de fréquence avec la longueur de l'intervalle; il en est de même de la quantité de lait secrété.

9. La morbidité et la mortalité puerpérales sont accrues.

10. La manie puerpérale ne semble pas s'accroître.

11. Plus l'intervalle est long, surtout après 10 ans, moins la grossesse a de chances de se rendre à terme. La longueur de l'intervalle n'exerce pas d'influence sensible sur la fréquence relative des présentations normales ou anormales. Elle semble donner plus de filles que de garçons. L'enfant est plus gros et plus long. Plus l'intervalle est court, plus il y a de prédisposition à la procidence du cordon. Les grossesses doubles et les vices de conformation du fœtus sont accrus en nombre.

12. Plus long est l'intervalle, plus élevé est le chiffre de la mortalité infantile. Ceci s'applique aux naissances prématurées, aux enfants mourant immédiatement après la naissance ou durant les huit jours qui suivent.—*Journal of the American Med. Association.*

Epingle à cheveux dans l'utérus.—A la *Société obstétricale de Philadelphie*, le Dr Baer a présenté une épingle à cheveux qu'une femme, s'aidant d'un miroir, s'est introduite dans la matrice pour se faire avorter. Baer dilata le col avec un dilatateur en acier, et le disséqua pour dégager l'une des branches de l'épingle.

Ce fait n'est pas unique, car le Dr Wharton Sinkler présente aussi une épingle à cheveux qu'une femme, dans le même but que la première, s'était plantée dans le vagin, croyant l'introduire dans l'utérus.

On a pas l'idée de ce que les femmes; très instruites sur leur conformation intérieure, emploient pour se faire avorter, sans le secours de personnes étrangères.

PÆDIATRIE.

De l'urticaire dans le jeune âge.—Clinique de M. le Dr OLLIVIER à l'hôpital des Enfants-Malades.—Les affections de la peau présentent, chez l'enfant, des différences notables. A part, en effet, la syphilis et l'ichtyose, les dermatoses, en général, sont inflammatoires et évoluent rapidement, ce qui tient évidemment à l'action plus grande de la nutrition.

Vous avez vu dans nos salles une petite fille qui, à son entrée, présentait tous les caractères de l'urticaire classique. Des gourmes au cuir chevelu, de nombreuses traces de grattage, et surtout de nombreux pediculi, ne laissaient aucun doute sur l'origine de cette affection, qu'un traitement approprié fit disparaître en deux ou trois jours. Voilà un exemple d'urticaire à marche rapide.

Laissez-moi maintenant vous rapporter l'observation d'une enfant de onze ans que je soigne depuis sa naissance pour un urticaire chronique. Et tout d'abord, passons en revue les antécédents héréditaires. Si les grands parents ne nous présentent rien de particulier, il y a, par contre, un oncle et une tante qui sont extrêmement nerveux. Quant à la mère, impressionnable au plus haut point, sans avoir jamais eu toutefois d'attaques d'hystérie, elle a été prise, dans sa vingtième année, à la suite d'une émotion violente, d'un urticaire qui ne s'est jamais reproduit. Ceci dit, revenons à la fillette. L'aînée de trois enfants, elle avait vingt-six mois quand elle fut prise pour la première fois d'une manifestation cutanée que je trouvai présenter, au retour de la famille du bord de la mer, tous les signes d'un urticaire confluent, avec une cuisson tellement forte que ce n'est qu'avec des doses assez élevées de bromure de potassium qu'on parvint à faire dormir l'enfant. Depuis, tantôt dans un point, tantôt dans un autre, à part la bouche et les fosses nasales, on a trouvé des élevures fugaces qui s'accompagnaient de démangeaisons. Sous quelle influence cette affection s'est-elle développée ? Je n'en sais rien. En effet, le chaud, le froid, le gibier, les huîtres n'augmentent ni ne diminuent les crises. Deux choses, seulement, me paraissent avoir une certaine action : c'est le vent d'une part et le froissement de la peau d'une autre part. Que sa maîtresse de piano, par exemple, qui est un peu vive, vienne à lui prendre le poignet, une plaque d'urticaire apparaîtra en cet endroit. Quant aux émotions, il m'a été impossible de savoir si elles produisent quelque chose, par la bonne raison que l'enfant ne s'est jamais mise en colère. Malgré cette apparence de calme, je l'attends à l'époque de la menstruation, car je crains, avec des antécédents nerveux aussi avérés, qu'il ne s'agisse tout simplement que d'un urticaire d'influence nerveuse.

En résumé, vous voyez que l'urticaire, dans le jeune âge, n'est pas rare ; essayons donc de passer en revue l'histoire clinique de cette maladie en ne faisant ressortir, pour aller plus rapidement, que ce qui a trait à l'enfant. Comme chez l'adulte, l'urticaire est caractérisé par des élevures qui apparaissent brusquement pour disparaître de la même façon sans être suivies d'aucune desquamation. Il est à noter que dans les parties ou la peau est lâche et fine, on observe souvent un œdème assez prononcé. L'affection débute, tantôt avec de la courbature, de

la céphalalgie, des vomissements, tantôt sans aucun prodrome. Quant au siège, c'est, en général, la face, le cou et les épaules. Quelquefois on l'observe à la face interne des bras et des cuisses, et, exceptionnellement, il peut s'étendre dans les fosses nasales et dans la cavité buccale. Vous trouverez, en plus, des variétés de forme qui ne sont plus aujourd'hui que des curiosités cliniques, aussi les passerai-je sous silence afin d'aborder l'étiologie et la pathogénie.

D'après Rilliet et Barthez, l'affection s'observe surtout de 6 à 7 ans ; néanmoins, ce n'est pas là une loi absolue. L'influence du sexe est ici un peu moins grande que chez l'adulte où les femmes sont atteintes plus fréquemment. Parmi les causes externes, nous devons citer les chutes, les piqûres d'orties ou d'un insecte (pou, puce, punaise), l'application de l'électricité..... Parmi les causes internes, les plus fréquentes, sans contredit, sont les aliments de mauvaise qualité ou les médicaments (belladone, cubèbe, copahu, sulfate de quinine, et même l'huile de foie de morue). Tout cela tient, ou à une action réflexe sur l'estomac, ou bien à l'absorption de principes toxiques qui agissent sur le système nerveux. Il est certains cas où l'urticaire apparaît immédiatement après l'application d'un excitant sur la bouche ; cela provient d'un acte réflexe. On peut encore rapporter à ce mécanisme l'urticaire qui est produit par le passage d'un calcul biliaire à travers le canal cholédoque, ou celui qui survient à la suite de la rupture d'un kyste hydatique du foie (observation présentée à l'Académie en 1880 par M. Féréol). Au reste, on sait aujourd'hui que la ponction d'un kyste hydatique du foie peut amener l'urticaire. Ici, encore, il y a un acte réflexe sur la périphérie des nerfs du péritoine. Il est encore une autre cause : ce sont les émotions. M. le professeur Hardy cite le fait d'un étudiant qui fut pris d'urticaire en sortant de sa leçon, tellement il avait été impressionné par l'histoire de cette affection. Chez les hystériques, cette affection existe beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croit.

On admet, aujourd'hui, dans les ouvrages français, que l'urticaire est dû à un œdème congestif. Sous l'influence, en effet, d'une irritation, il se produit un acte réflexe dans les petits vaisseaux, puis parésie, et œdème consécutif qui finit par comprimer les canaux du centre de l'élevure. Cette opinion était acceptée sans conteste, quand, il y a deux ans, deux Allemands sont venus prétendre que la transsudation ne pouvait pas se produire sans altération préalable des vaisseaux. Les arguments en faveur de cette opinion ne sont pas très soutenables ; aussi considérerai-je la question comme étant encore en litige.

L'urticaire, ordinairement bien caractérisé, peut être, cependant, confondu avec d'autres affections, surtout chez les jeunes enfants. Sous le nom de flux de dents, en effet, on a décrit une foule d'affections cutanées qui, quoiqu'il en soit, sont plus permanentes et se rapprochent davantage du lichen. Quant à l'érythème papuleux, il se reconnait aisément à ses papules douloureuses sans cuissons, pouvant, dans certains cas, être suivies de desquamation.

Il est encore une autre forme : c'est l'eczéma papuleux, que vous reconnaîtrez facilement aux vésicules et au suintement.

Quant au pronostic, en général bénin, il doit varier suivant les causes. Chez une hystérique, par exemple, il empoisonne l'existence.

En présence d'un urticaire, vous avez deux indications à remplir :

soulager le malade et enlever la cause de l'affection. On a conseillé dans le premier cas, les poudres à l'oxyde de zinc ou à l'acide salicylique, les lotions au chloral, à l'acide phénique ou au sublimé, les bains qui, à part ceux d'amidon, sont en général plus nuisibles qu'utiles, et enfin, dans les indigestions, les vomitifs et les purgatifs. Dans le deuxième cas, le traitement varie avec la cause. Avez-vous affaire à un urticaire arthritique, employez une médication appropriée, et en particulier les alcalins. Quant à l'urticaire chronique, c'est là une affection devant laquelle le médecin est souvent désarmé. On calme le symptôme, mais on n'enlève pas la maladie, aussi y a-t-il un desideratum qu'il faut chercher.—*Praticien.*

Traitement de la laryngite aigue.—Le Dr John M. Keating recommande (*Archives of Pediatrics*) le traitement suivant dans la laryngite aiguë : Pédiluve chaud, l'eau étant à une température telle que la main la puisse facilement supporter, après quoi les pieds sont soigneusement essuyés puis enveloppés dans une flanelle. La potion suivante est ensuite administrée, dans un demi-verre d'eau, par cuillerées à dessert :

Teinture d'aconit	3 gouttes
Esprit d'éther nitreux	1 drachme
Sirop de scille composé	1 "

Toute la potion doit être prise dans le cours de la nuit. Un mouchoir bien mou est plongé dans de l'eau glacée puis exprimé et appliqué autour du cou que l'on recouvre en outre d'un tissu imperméable ou d'un morceau de flanelle.

Si la toux continue et devient bronchique, il est bon de pratiquer un peu de contre-irritation à la poitrine. L'huile camphrée ordinaire est ce qu'il y a de mieux pour cela. Je recommande encore de petites doses d'huile de ricin qui ont pour effet de décongestionner la muqueuse bronchique.—*Physician and Surgeon.*

Traitement de la coqueluche.—M. le Dr Arévalo, de Guatemala, où la coqueluche est très fréquente, emploie la formule suivante dans la période catarrhale :

Infusion de polygala	120 grammes.
Cochenille	0 gr 60 cent
Bitartrate de potasse et de soude	1 gr 20 cent
Sirop	20 grammes

A prendre par cuillerées d'heure en heure.

Dans la période spasmodique, il fait pratiquer des pulvérisations d'eau phéniquée, avec un vaporisateur, à vingt pas de distance, surtout pendant la nuit, toutes les fois que les accès arrivent, opération qui arrête fréquemment les quintes de toux.

A cette période, M. Arévalo préconise la préparation suivante qui a été donnée aussi par M. Dujardin-Beaumetz :

Bromure de potassium	2 grammes.
Bromure de sodium	4 —
Bromure d'ammonium	2 —

Hydrate de chloral..... .... 3 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères..... 60 —

A prendre une cuillerée à café, à dessert ou à bouche, selon l'âge de l'enfant, délayée dans un verre de lait additionné d'un jaune d'œuf.—*Scalpel.*

Guérison spontanée dans le croup.—*Société médicale des hôpitaux.* —M. Cadet de Gassicourt a été amené à étudier ce sujet par suite du regret que MM. Féréol et Dujardin-Beaumetz ont semblé manifester l'an passé qu'on n'ait pas étudié davantage le traitement du croup d'après le procédé de M. Delthil. Il croit qu'avant de chercher à expérimenter un mode de traitement, il est indispensable d'établir dans quelles conditions le croup peut guérir spontanément et le nombre des cas où il peut guérir.

Le traitement du croup s'adresse à deux éléments: 1° la maladie, 2° le croup en lui-même. Pour traiter le croup on a eu recours à l'écouvillon, à la cautérisation profonde, aux pulvérisations phéniquées, à l'ozonéine, au goudron, à la térébenthine. Ces méthodes ont pour but de détruire les fausses membranes, quelques-unes même de les empêcher de se reproduire, et cela pour empêcher l'asphyxie de se produire et éviter la trachéotomie.

Or le croup peut guérir spontanément. On divise ordinairement ses périodes en trois. Dans la première la voix est altérée; dans la seconde la respiration est gênée; dans la troisième l'asphyxie survient.

M. Cadet de Gassicourt fait remarquer que la deuxième période, ou période de dyspnée, doit se diviser elle-même en deux états; dans le premier, il y a des accès de suffocation, dans le second, il y a du tirage. Cette division est fort importante, le croup en effet peut guérir spontanément lorsqu'il n'a pas dépassé la première période, ou encore lorsqu'il n'a pas encore déterminé l'état de tirage. En effet les accès de suffocation peuvent être nombreux, répétés, mais tant qu'ils ne s'accompagnent pas de tirage dans leur intervalle, on ne doit pas désespérer de sa guérison.

M. Archambault avait dit que la guérison spontanée était de 6 0/0. M. Cadet de Gassicourt a trouvé un chiffre plus fort: sur 1,200 observations, il a 9 0/0 en moyenne. En outre il a observé l'an passé une série plus favorable où les guérisons spontanées ont atteint 18 0/0. Parmi ces malades, plusieurs avaient eu des accès répétés pendant trois ou quatre jours.

Cette statistique si importante, tant par le chiffre des cas observés que par la compétence spéciale de l'observateur, n'est pas absolument exacte. M. Cadet de Gassicourt, en effet, rappelle que ces observations ont été prises à l'hôpital Trousseau, et que par suite les guérisons spontanées du croup sont beaucoup moins nombreuses qu'elles ne paraissent l'être en réalité. Le plus souvent on apporte à l'hôpital les enfants atteints de croup à une période avancée de leur affection, alors qu'elle semble désespérée. Il n'est pas douteux que les cas de guérison spontanée du croup à la première période ne soient encore plus nombreux.

La durée des croups guéris à la première et la deuxième période a été sensiblement la même, de cinq à vingt-six jours pour ceux de la première période, de cinq à vingt-neuf jours pour ceux de la seconde.

M. Cadet de Gassicourt, après avoir établi les conditions de guérison spontanée du croup et la fréquence de cette guérison, pose les conclusions suivantes :

1° Pour l'efficacité d'un traitement, il faudrait guérir des croups arrivés à la période de tirage permanent.

2° Cependant on pourrait admettre que l'efficacité du traitement serait prouvée si on guérissait plus de 18 pour 100 de croups arrivés à la période de suffocation.

Au mois de juillet, M. Cadet de Gassicourt aura le pavillon de la diphthérie de l'hôpital Trousseau. Il expérimentera de nouveau le traitement de M. Delthil et fera connaître les résultats. Il ne l'emploiera pas après la trachéotomie, parce que le dépôt de parties charbonneuses sur la canule l'obstrue facilement et que les vapeurs de la combustion lui paraissent gêner la respiration.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Cadet de Gassicourt :

1° Ce qu'il entend par guérison spontanée.—Celui-ci répond qu'il considère ainsi les cas de guérison obtenue par un traitement simple ; chlorate de potasse, pulvérisations phéniquées, et toniques.

2° Comment il fait le diagnostic de la laryngite pseudo-membraneuse et de laryngite aiguë des enfants qui entraîne les mêmes accidents.—M. Cadet de Gassicourt considère comme nets les cas où les accidents du croup ont été précédés de l'existence de fausses membranes dans la gorge.

M. Féréol voudrait voir essayer le traitement de M. Delthil même chez les enfants trachéotomisés : la surveillance de la canule permet d'éviter le danger de son obstruction.

M. Cadet de Gassicourt répond que l'an passé, à la suite de l'essai tenté à l'hôpital Trousseau, en présence de M. Delthil, celui-ci reconnut que son traitement après la trachéotomie donnait de mauvais résultats et qu'il valait mieux ne pas l'employer.

M. Sevestre a employé deux fois la traitement de M. Delthil. Dans le premier cas il s'agissait d'un croup au cinquième jour très avancé ; le résultat fut nul. Dans le second l'enfant guérit Il ne croit pas pouvoir juger la méthode ; mais il fait remarquer que dans ces cas les fausses membranes n'ont pas été modifiées ; qu'elles n'ont pas été transformées en une sorte de bouillie. Chez l'enfant qui a guéri, elles sont tombées le cinquième ou le sixième jour en bloc. Ces deux enfants ont bien supporté les fumigations. Mais l'un des internes qui soignait ces enfants a eu une conjonctivite assez intense et l'autre de l'urticaire. Le père d'un des enfants qui restait dans sa chambre avait des vertiges qui le forçaient à sortir plusieurs heures par jour.—*Journal des Sociétés Scientifiques.*

Potion hémostatique.

P.—Essence de térébenthine	5	gouttes
Teinture de hamamelis virg	5	"
Emulsion d'amandes	1	once

M.—A prendre trois fois par jour.—*Texas Courrier-Record of Medicine.*

FORMULAIRE.

Coqueluche.—*Keating.*

1° P.—Acide carbolique cristallisé..... 3 grains
Biborate de soude..... 20 "
Bicarbonate de soude..... 20 "
Glycérine..... 1 once
Eau..... 1 "

M.—En inhalations.—*Archives of Pediatrics.*

2° P.—Thymol..... 15 grains
Alcool..... 3 drachmes
Glycérine..... ½ once
Eau..... 34 onces

M.—En inhalations au moyen d'un vaporisateur.—*Archives of Pediatrics.*

Catarrhe gastro-intestinal.—*Bartholow.*

1° P.—Créosote..... 1 goutte
Sous-nitrate de bismuth..... 15 grains
Glycérine..... ½ drachme

M.—A prendre trois fois par jour. Diète lactée.—*College and Clinical Record.*

2° P.—Sous-carbonate de bismuth..... 5 grains
Créosote..... ¼ goutte

En émulsion.—A prendre toutes les trois heures.—*College and Clinical Record.*

Constipation et Dyspepsie.—*DaCosta.*

P.—Extrait de belladone..... $\frac{1}{16}$ grain
Sulfate de strychnine..... $\frac{1}{60}$ "
Poudre d'aloès..... $\frac{1}{10}$ "
Huile de cajeput..... 1 goutte
Extrait de gentiane..... q.s.

M.—Faites une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Insomnie.—*S. W. Gross.*

P.—Bromure de potassium..... ½ drachme
Chloral..... 15 grains
Sulfate de morphine..... ⅙ grain
Sirop d'orange..... 1 drachme
Eau..... 1 "

M.—A prendre en une seule dose, au besoin.—*College and Clinical Record.*

Vertige gastrique.—*DaCosta.*

P.—Oxyde d'argent..... ½ grain
Extrait de jusquiame ..... 2 grains

M.—A prendre sous forme de pilule, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Dyspnée et palpitations.—*DaCosta.*

P.—Teinture de veratrum..... 3 gouttes
Sirop de gingembre ..... 1 drachme
Eau ..... 1 once

Dose : Deux drachmes (toutes les 2 heures) jusqu'à soulagement. Cessez alors l'emploi du remède.—*College and Clinical Record.*

Alopécie.—*Dujardin-Beaumetz.*

P.—Chloral ..... 5 parties
Eau distillée..... 100 "

En lotions, le soir, au coucher.—*Journal de médecine de Paris.*

Epistaxis à répétition.—*Bartholow.*

P.—Extrait (aqueux) d'ergot..... 2 grains
Sulfate de fer..... 1 grain
Extrait de noix vomique..... ¼ "

M.—Faire une pilule, à prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Leucorrhée.—*Bartholow.*

P.—Iodoforme..... 1 drachme
Acide tannique ..... 1 once

M.—En applications sur le col de l'utérus.—*College and Clinical Record.*

Coryza aigu.—*Dr A. F. Samuels.*

P.—Camphre pulvérisé..... 1 drachme
Chloroforme..... 1 "
Acide benzoïque..... ½ "
Axonge ..... 1 once

M.—En application dans les narines, au moyen du doigt.—*Weekly Medical Review.—Analectic.*

Phthisie.—*Dr Kalloch.*

P.—Sublimé corrosif..... 1 grain
Chlorhydrate d'ammoniaque ..... 2½ drachmes
Alcool..... 2 onces
Glycérine et eau, q.s. pour faire ..... 4 "

M.—*Dose :* Une cuillerée à thé trois fois par jour, après les repas.—*New Orleans Med. and Surg. Journal.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, AOUT 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$2.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'i y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

L'épidémie de variole.

La question d'agrandir l'hôpital civique—dit des variolés—agitée fortement depuis quelques semaines, semble être encore à l'état de projet et de perspective. Tantôt il est question de simple agrandissement, tantôt on parle d'édifier toute une construction nouvelle, le local actuel étant considéré comme plus qu'insuffisant. Cependant, l'épidémie s'étend de plus en plus; mais on ne se presse pas davantage pour cela, au contraire. Du train dont on y va, il est permis de croire que l'automne va nous arriver sans que rien ait été fait.

Il y a dans tous ces procédés et dans toutes ces lenteurs rien qui doive étonner; aussi, personne n'en est surpris. Seulement, il est triste d'avoir à constater un tel état de choses dans les circonstances actuelles. La variole, on le sait, continue à se propager, et l'on ne fait presque rien pour en empêcher les progrès. Les seules mesures prises par le Comité de Santé consistent dans la désinfection des locaux—après guérison ou décès des malades, et l'affiche du mot *Picotte* sur la porte des logis infectés. L'hôpital civique est rempli de malades, de sorte que beaucoup de cas restent forcément non isolés; l'on nous dit aussi que, dans quelques familles, on a réussi à cacher l'existence de cas bien confirmés de variole. Avec un hôpital suffisamment spacieux pour recevoir tous les variolés, pareils inconvénients n'existeraient pas.

Il paraît qu'en vertu de certain règlement, chaque médecin est tenu de déclarer au Bureau de Santé les cas de variole auxquels il est appelé à donner ses soins. Dire que ce système est absurde n'est peut-être pas assez dire. C'est tout simplement forcer le médecin à se faire délateur, et dans beaucoup de cas, lui faire perdre à jamais le patronage de ses meilleurs clients. Que le règlement exige semblable déclaration de la part d'un chef de famille, à la bonne heure ; mais d'un d'un médecin !..... Où est alors le secret professionnel ?

***

On demande souvent quel est le meilleur désinfectant à employer pour détruire les germes de la variole dans les locaux infectés. Les dernières recherches de MM. Dujardin-Beaumetz, Vallin, etc., établissent que l'acide sulfureux jouit à cet égard d'une pleine efficacité. L'acide s'obtient, soit par la combustion du soufre, soit par la combustion du sulfure de carbone. Le premier mode est le plus commode et le plus économique. Seulement, il faut que la quantité de soufre ainsi brûlé représente 40 grammes par mètre cube d'air atmosphérique. A cette condition seulement on aura chance de neutraliser le virus variolique.

Maladies contagieuses.

Un médecin bien posé dans son quartier confiait l'autre jour à un de nos amis que, dans son humble opinion, la variole n'est pas une maladie contagieuse ! Pour l'honneur de la profession médicale, nous voudrions n'être pas à même de constater semblable aberration chez un confrère que l'expérience aurait dû, ce semble, instruire bien autrement. Toujours est-il que l'opinion susdite a été émise, si incroyable que cela paraisse, et nous nous demandons l'effet qu'elle peut produire au sein d'une population déjà trop portée à négliger les mesures hygiéniques prescrites dans la prophylaxie des maladies contagieuses.

Pour nous, nous sommes d'avis que, quand ce ne serait que pour atténuer l'influence possible de doctrines semblables, il est du devoir de la profession toute entière d'instruire le public sur la véritable nature des maladies contagieuses et sur l'étendue des précautions à prendre pour en empêcher la propagation par voie de contagion. En dehors de la profession, l'on est en général assez ignorant sur ces divers sujets, et il résulte de cette ignorance, soit que l'on prenne des précautions inutiles, soit que l'on néglige d'adopter des mesures d'importance capitale. Ainsi, dans le cas d'une fièvre typhoïde, on n'osera pas passer une heure entière avec le malade, "de peur, dit-on, de respirer le même air que lui," tandis qu'on ne songera aucunement à désinfecter les selles, principale source de la contagion. Dans le cas de la variole, les malades, laissés dans un isolement complet durant les trois premières périodes, voient souvent revenir parents et amis aussitôt que commence la dessiccation des pustules. Or on sait que c'est alors que les chances de contagion sont les plus grandes. Sait-on bien, en général, dans le public, que l'érysipèle est contagieux ? Et les oreillons ? Et la tuberculose ?

Il y aurait donc là matière à instruire le peuple et nous en confions la tâche à nos amis du *Journal d'Hygiène populaire* qui ont déjà fait beaucoup pour la cause de la santé publique et dont on n'apprécie peut-être pas assez les enseignements.

NÉCROLOGIE.

ALFRED JACKSON, M.D.

Nous avons à enrégistrer aujourd'hui la perte très sensible que vient de faire la profession médicale de notre province dans la personne de M. le Docteur Alfred Jackson, doyen de la Faculté de Médecine de l'Université Laval (Québec), professeur de tocologie à la même faculté, et membre du Bureau des Gouverneurs du Collège des Médecins et Chirurgiens de la Province de Québec.

Le Dr Jackson était né en 1810 à St-André, près Montréal. Son père, Artemus Jackson, était citoyen américain et appartenait au parti des Loyaux (*Loyalists*). Après avoir reçu son éducation à Trois-Rivières et suivi les cours de médecine de l'Université d'Edimbourg, le Dr Jackson fut, en 1833, reçu membre du Collége Royal des Chirurgiens d'Edimbourg et vint l'année suivante se fixer à Québec. Lors de la fondation de l'Ecole de Médecine de Québec, le Dr Jackson en fut un des premiers professeurs, position qu'il n'abandonna que pour accepter une chaire dans la Faculté de Médecine de l'Université Laval qui, comme on le sait, remplaça en 1883, à Québec, la ci-devant Ecole de Médecine. Cette chaire, le Dr Jackson l'occupa jusqu'au moment de sa mort. En même temps il était membre du Conseil Universitaire.

Pendant une période de plus de vingt ans, le Dr Jackson fut membre du Collège des Médecins et Chirurgiens de la province, médecin-visiteur à l'Hôpital de la Marine et chirurgien de l'Hôtel-Dieu où il occupait la chaire de clinique chirurgicale. Nos lecteurs savent aussi qu'il était l'un des visiteurs officiels (nommés par le gouvernement) de l'Asile d'aliénés de Beauport. Comme médecin et comme professeur, le Dr Jackson jouissait de l'estime générale ; aussi sa clientèle était-elle considérable et s'étendait au loin. Il laisse une veuve et sept enfants.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Rapport sur le service de l'Asile d'Aliénés de Québec.—Québec, 1885.

Annual Announcement of the Atlanta Medical College.—Session 1885-86.

Transactions of the Medical Society of the State of Tennessee.—1885. Nashville, 1885.

Memphis Hospital Medical College.—Annual Announcement and Catalogue.—Session 1885-36.

Report of Proceedings of the Illinois State Board of Health.—Quarterly meeting, Chicago, July, 2, 3, 1885.

McCONNELL.—*Cholera, its nature symptoms, history, cause and prevention, with an outline review of the Germ theory of Disease*, by J. B. McConnell, M.D.—Montreal, 1885.

WILE.—*Surgical Notes from the Case book of a General Practitioner*, by W. C. Wile, M.D., of Sandy-Hook, Conn.—Reprint from the *New England Medical Monthly*, July, 1885.

VARIETES.

Le médecin jugé par le client.

Nous trouvons dans le *Boston Medical and Surgical Journal* la boutade suivante :

Les Scylla et les Charybde entre lesquels le docteur doit diriger sa barque professionnelle lorsqu'il vogue sous les brises variables de l'opinion publique, sont clairement indiqués par le *Hebrers Standard.*

S'il visite ses clients bien portants, c'est pour être invité à dîner; s'il agit autrement, c'est qu'il se soucie plus de la toison que du troupeau. Va-t-il régulièrement à l'église, il n'a rien à faire; n'y va-t-il pas, c'est un athée. Parle-t-il avec respect de la religion, c'est un hypocrite; n'en parle-il pas, c'est un matérialiste. Est-il convenablement vêtu, c'est un orgueilleux; est-il négligé, il manque d'amour-propre. Si sa femme ne fait pas de visites, elle est dédaigneuse; si elle en fait, elle cherche des clients pour son mari. A-t-il un équipage, il il est extravagant; fait-il usage d'un pauvre véhicule, il manque du nécessaire. Prescrit-il peu de médicaments, il est négligent; en prescrit-il beaucoup, il inonde ses malades de drogues. Son cheval est-il gras, il n'a rien à faire; est-il maigre, il ne le nourrit pas. Voyage-t-il vite, il veut faire croire qu'il a des malades très pressés; va-t-il lentement, il se soucie peu de ses malades. Si le malade recouvre la santé, c'est le résultat des bons soins de la famille; s'il meurt, le docteur n'a pas compris sa maladie. Parle-t-il beaucoup, "nous n'aimons pas un docteur qui dit tout ce qu'il sait" ou "il est trop familier;" parle-il peu, nous voudrions un docteur sociable. "Parle-t-il politique, il ferait mieux de s'occuper de médecine; s'il n'en parle pas, "nous aimons un homme qui ose montrer sa couleur"; s'il ne vient pas immédiatement quand on l'envoie chercher, il tient peu à être agréable à son client; s'il se presse, il lui fait la cour. Envoie-t-il sa note, il est bien pressé d'argent. Visite-t-il ses malades chaque soir, c'est pour élever sa note; ne le fait-il pas, il est négligent. Ordonne-t-il le même remède, cela ne fait aucun bien; change-t-il la prescription, il est associé avec le pharmacien. Emploie-t-il un remède populaire, c'est pour céder aux caprices du peuple et capter sa confiance; ne le fait-il pas, c'est de l'égoïsme professionnel. Aime-t-il les consultations, c'est parce qu'il ne sait rien; les repousse-il sous prétexte qu'il sait son affaire, il craint de montrer son ignorance à un confrère supérieur.

Réclame-t-il la moitié des honoraires qui lui sont dus, il mérite d'être mitraillé.

Qui ne voudrait être médecin ?...

NAISSANCE.

De Lorimier.—A Montréal, le 27 juillet, la dame du Dr J. R. C. de Lorimier, un fils.

MARIAGE.

Valin-Jodoin.—A Belœil, le 20 juillet, Charles N. Valin, Ecr., M.D., Laval (classe de 1884), de Belœil, à Dame Marie-Philomème Jodoin, veuve de feu A. S Durocher.

DÉCÈS.

Fleury.—A St-Léon, Maskinongé, le 7 juillet, Marie Fleury, âgée de 20 ans, fille du Dr George Fleury.

Coderre.—A Montréal, le 23 juillet, Dame Marie-Euphémie Dasylva, épouse de J. E. Coderre, Ecr., M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

CLINIQUE DE THERAPEUTIQUE.

HÔPITAL NOTRE-DAME (Montréal).—**M. H. E. DESROSIERS.**

Traitement de la fièvre typhoïde.—Les bromures dans l'épilepsie.—Traitement de l'ictère catarrhal.

Depuis quelques semaines, Messieurs, vous avez été à même d'observer, dans ce service, quelques cas de fièvre typhoïde et de constater les résultats obtenus dans le traitement de cette maladie. Je rappellerai ici à votre mémoire deux cas très remarquables qui nous ont fourni l'occasion d'éprouver la valeur du traitement par les stimulants. Le premier de ces cas, le malade qui occupe le lit No 6 de la salle Saint-Joseph, est arrivé ici dans le cours du deuxième septénaire de la dothiénenterie. Déjà le pouls était faible et compressible, la langue sèche, l'intelligence assez mal équilibrée. Dès le lendemain les symptômes d'adynamie s'accentuaient davantage. Le pouls devenait d'une faiblesse alarmante, sans être accéléré d'une manière bien notable, 110 en moyenne. La température atteignait 104° Fahr. Il y avait de la diarrhée et même de l'entérorrhagie.

Qu'avons-nous fait ? La quinine avait été prescrite à doses toniques (2 grains toutes les 4 heures) ; nous y avons ajouté l'eau-de-vie, d'abord à dose de 8 onces, puis de 10, de 12 et enfin de 16 onces dans les 24 heures. Par quoi avons-nous été guidé dans l'administration de l'eau-de-vie à ces doses élevées ? Uniquement par l'état du pouls et les symptômes d'adynamie. Le pouls battait à 110 en moyenne ; jamais il n'a dépassé 116. Mais il était très faible, petit, compressible, dicrote. C'en était assez pour indiquer l'emploi des stimulants. L'existence d'une pneunonie (base du poumon gauche) qui est venue compliquer la fièvre a peu modifié notre méthode de traitement. Des fomentations chaudes ont été appliquées sur le thorax, et j'ai prescrit, pour toutes les trois heures, une potion renfermant une drachme de teinture d'opium camphrée et trente gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque. La pneumonie en question s'est heureusement terminée par résolution.

Cependant nous avons continué l'administration de l'eau-de-vie, à dose de 16 onces par jour, pendant une période de pas moins de dix jours consécutifs, tant était prononcé l'état adynamique. Le meilleur moyen d'administrer les stimulants dans ces cas où il leur faut une action soutenue, est de subdiviser les doses autant que possible, de manière à ce que l'effet d'une dose ne soit pas passé quand la dose subséquente est administrée.

Ce malade prenait ainsi un peu moins de une cuillerée à soupe de cognac toutes les demi-heures. La diète a été strictement liquide, consistant surtout en lait, bouillons, thé de bœuf, etc.

La diarrhée chez ce malade nous a donné parfois des inquiétudes ainsi que l'entérorrhagie. Nous avons combattu l'une et l'autre au moyen du sous-nitrate de bismuth. Ici, le médicament avait une double application : d'abord, à titre de poudre inerte, il constituait à la surface de la muqueuse intestinale ulcérée un enduit favorable à la guérison des ulcérations, enduit qui devait également protéger la muqueuse des atteintes de toute substance irritante. Ensuite, le bismuth, si l'on en croit une ingénieuse théorie, agit ici comme substance antiseptique. Un ancien interne des hôpitaux de Paris, M. le docteur Réal, publiait l'an dernier, dans l'*Union médicale*, de Paris, une note au cours de laquelle il préconisait hautement le traitement de la fièvre typhoïde par le sous-nitrate de bismuth à fortes doses. Ce sel aurait pour effet d'empêcher la putridité des contenus de l'intestin, de supprimer l'absorption de toute matière putride et enfin d'atténuer fortement ou de faire disparaître les effets des lymphangites et de la néphrite infectieuse. Il n'y a ici, Messieurs, rien que de très rationnel, aussi m'avez-vous vu prescrire à ce malade d'assez fortes doses de bismuth : 30 grains toutes les deux heures. On dit que dans le cours du traitement au bismuth, la langue perd de sa sécheresse ainsi que la gorge. Dans notre cas, nous n'avons pas remarqué d'effet semblable et force nous a été de recourir à un autre moyen. Vous m'avez vu ordonner alors, contre la sécheresse de la langue, des badigeonnages de cet organe au moyen de la glycérine, badigeonnages très souvent répétés et que le malade se faisait lui-même la plupart du temps. Le résultat a été, de tous points, fort satisfaisant.

Le patient qui nous occupe est aujourd'hui en pleine convalescence et cela, je n'hésite pas à le dire, grâce à l'emploi libéral que nous avons fait des stimulants. Il pourra partir sous peu de jours, aussitôt que sera guéri un abcès du tissu sous-cutané, siégeant au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, abcès dont l'existence n'a rien d'étonnant si nous réfléchissons un peu à la nature de la maladie principale.

Cet autre malade, belge de naissance, couché au No 12 de la même salle St-Joseph, nous a présenté un type à peu près semblable de fièvre typhoïde à forme adynamique. Symptômes identiques : pouls petit, compressible, dicrote ; diarrhée, entérorrhagie, délire marmottant. Pas de pneumonie. En revanche nous avons assisté à un phénomène sur lequel j'ai attiré votre attention ; c'est la sudation abondante que présentait le malade chaque fois que nous avions occasion de le voir. Le traitement a été absolument le même que dans le cas précédent. Ici encore les stimulants ont été donnés à hautes doses et ont semblé produire le meilleur effet. La convalescence est établie et le malade sera lui aussi bientôt en état de laisser l'hôpital.

Au No 4, vous voyez couché un jeune homme qui a présenté une forme assez bénigne de fièvre typhoïde. Il en est à la fin du deuxième septénaire ; nous n'avons constaté ni délire, ni adynamie, ni diarrhée marquée. Aussi nous sommes-nous contenté de prescrire la quinine à doses toniques, les limonades aux acides minéraux (1 à 2 drachmes pour un pot de tisane), et le repos au lit. J'ai insisté sur ce dernier point, et en ce faisant, je me suis appuyé sur l'autorité de M. le professeur Horatio Wood, de Philadelphie, qui considère le repos au lit, dès le début de la dothiénentérie, comme constituant la principale partie du traitement,

et cela, même dans les cas les plus bénins et les plus légers en apparence. En prescrivant ce repos absolu au lit et ne permettant au malade de se lever qu'au cas d'absolue nécessité, on épargne notablement les forces et la résistance vitales, suffisamment compromises par la maladie qui, vous le savez, tend à amener la mort par asthénie. N'oubliez donc pas ce point important et ne laissez jamais vos malades atteints de fièvre typhoïde, se lever librement et circuler dans la maison, quelque soit l'insignifiance apparente des symptômes.

Le malade que voici vous est connu déjà. Etienne S....âgé de 22 ans est épileptique confirmé depuis l'âge de 15 ou 16 ans. La maladie s'est manifestée d'abord exclusivement sous forme de vertige, puis sont survenues les grandes attaques convulsives, les crises vertigineuses continuant toujours nonobstant. Aujourd'hui il offre un mélange singulier des trois formes de l'épilepsie : vertiges, accès incomplets, grandes convulsions, mais les deux premières formes prédominent évidemment, le malade dit alors qu'*il a rasé tomber.*

S..... est entré dans notre service à semblable époque l'an dernier. La maladie présentait le même aspect qu'aujourd'hui. Ce qui la caractérise surtout, c'est la fréquence des attaques qui se comptent par dix ou douze par jour ; attaques vertigineuses ou fugues incomplètes, comme les appelle M. Legrand du Saulle, mais épilepsie toujours.

Qu'opposer à ce que l'on serait presque tenté d'appeler état de mal épileptique ? Nous avons d'abord essayé la potion dite de Brown-Séquard. A peine y avait-il une légère diminution dans le nombre des attaques. Nous avons alors prescrit les bromures de potassium, de sodium et d'ammonium (20 grains de chaque à prendre trois fois par jour). Depuis, il n'y a pas eu un seul accès. Voilà plus de quinze jours que dure cette médication. Les bromures sont bien supportés par l'estomac et les intestins et il y a peu d'acné. Y a-t-il lieu de croire que l'on puisse obtenir, sous l'influence des bromures donnés à ces doses, quelque chose de plus qu'une amélioration? Si la médication est continuée, probablement oui ; si elle est mise de côté, certainement non. L'an dernier ce malade avait laissé le service étant à peu près comme vous le voyez aujourd'hui. Mais il s'est négligé : la médication a été mise de côté et vous en avez vu les résultats. Les bromures à hautes doses sont peut-être les médicaments les plus efficaces à employer dans les cas où la maladie se caractérise par la fréquente répétition des accès, surtout dans les cas d'accès incomplets.

Le dernier malade dont j'ai à vous entretenir aujourd'hui souffre d'ictère catarrhal. Comme vous le pouvez constater par vous-même, la jaunisse est intense. Elle dure depuis deux semaines et le froid semble en avoir été la cause. La gastrite ou la gastro-duodénite que l'on rencontre souvent dans ces cas d'ictère catarrhal n'existe pas ici, non plus que de traces de calculs biliaires. En revanche notre malade est syphilitique. Agé de 25 ans, il a contracté la syphilis il y a cinq ou six ans et n'a, à proprement parler, suivi aucun traitement.

Il en est maintenant aux manifestations tertiaires. Les os sont quelque peu affectés, comme vous pouvez vous en convaincre en passant la main sur les tibias de cet homme, et vous savez que c'est à cette époque que les organes internes, les viscères, sont plus communément atteints.

Vous me demanderez peut-être si la syphilis, affectant le foie, ne pourrait pas être ici la cause de l'ictère. Je ne le crois pas, la palpation ne

nous fait constater ni augmentation ni diminution du volume de l'organe. En outre l'ictère s'est produit ici par simple rétention de la bile ; les selles, en effet, sont blanches, argileuses.

Nous allons mettre ce malade à une diète modérée, et lui prescrire, à l'intérieur, le phosphate de soude, à dose de 30 à 60 grains, trois fois par jour. Si l'ictère semble vouloir s'améliorer, ce que nous verrons en examinant l'urine, les selles et la conjonctive, nous instituerons alors un traitement contre la diathèse syphilitique.

P. S.—Chez ce dernier malade l'ictère céda rapidement à l'emploi du phosphate de soude. L'urine devint moins foncée et les selles reprirent bientôt leur couleur normale, preuve que la bile pouvait enfin s'écouler librement dans l'intestin.

On prescrivit alors, tout en continuant l'usage du phosphate de soude, une demi-pilule de Ricord, à prendre trois fois par jour, après les repas.

COMMUNICATION.

Diphthérie et Chlorate de potasse.

Messieurs les Rédacteurs,

Je suis bien fâché d'avoir échauffé la bile de vos correspondants, MM. les Docteurs Laurin et Lippé, en mettant en doute, comme je l'ai fait, l'efficacité absolue du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie, mais je vous avoue que je ne vois absolument rien, dans leurs lettres, qui soit de nature à modifier ma manière de voir. M. le Dr Laurin cite des auteurs. J'avais cité les miens déjà, et, si nous nous en tenons là, j'aurai à coup sûr pour moi les autorités les plus compétentes en la matière. M. le Dr Lippé fait la mouë sur tous ces noms et insinue fort adroitement que "de ce que des auteurs ne parlent pas du chlorate de " potasse ou n'en parlent que pour le critiquer, sans l'avoir éprouvé ou " après l'avoir éprouvé d'une manière insuffisante, il ne s'ensuit pas " que ce remède doive être rejeté du traitement d'une maladie qu'il a " paru, administré convenablement, subjuguer dans presque tous les " cas."

Evidemment, M. Lippé n'est pas tendre pour les maîtres de la thérapeutique moderne ; c'est bien fâcheux, car j'allais justement citer encore le regretté Gubler qui dit (*Commentaires thérapeutiques du Codex*) : " Le chlorate de potasse ne saurait être qu'un *palliatif insignifiant* " dans la syphilis, le muguet.....la diphthérie infectieuse." Ainsi, d'après M. Lippé, il faut croire que Ringer, Bartholow, Stillé, Jacobi, Gubler sont des farceurs qui n'ont pas, comme lui, M. Lippé, sérieusement expérimenté le chlorate de potasse et qui en parlent sans savoir ce qu'ils disent. Ce n'est pas flatteur assurément pour ces Messieurs. L'autorité de M. Lippé vaut bien mieux que cela sans doute, et celle de M. Laurin aussi.

Vos deux correspondants présentent chacun des séries de cas favorablement traités par le chlorate. A les en croire, ce sel serait doué de propriétés merveilleuses et, comme spécifique passerait même avant la

quinine qui ne réussit pas dans tous les cas de fièvre intermittente et avant le mercure et les iodures qui échouent parfois dans le traitement de la syphilis. Allons, confrères, un peu plus de raisonnement et moins d'enthousiasme. Je ne nie pas les faits, assurément : je pourrais même citer à mon tour de semblables séries également favorables, mais, à côté de cela, que de séries défavorables tout-à-fait ! J'en appelle ici à tous mes confrères de la ville de Montréal même où la diphthérie sévit chaque année. A nous aussi il arrive de donner le chlorate de potasse à hautes doses contre l'angine diphthéritique, et nous réussissons parfois ; il arrive même que nos malades guérissent sans le secours d'aucune médication active. Est-ce à dire que nous allons préconiser la médication expectante ? Souvent aussi le chlorate reste impuissant et les malades meurent, mais ce n'est pas à dire que le médicament les a tués. Est-ce que le chlorate de potasse de Kildare ou de Lorette est plus efficace que celui de Montréal ?

Les faits rapportés par mes deux confrères sont fort convaincants sans doute, mais ce ne sont que des faits. C'est Velpeau, je crois, qui a dit : " Les faits vous induiront souvent en erreur. Il faut les accepter avec réserve... En les regardant vous devez vous en défier et rester persuadés que quelques-unes de leurs faces peuvent très bien vous échapper. En résumé les faits ne sont pas la science ; on s'en sert pour la former et voilà tout."

Au reste, je désire être compris ; je n'ai pas nié les bons effets du chlorate de potasse, j'ai seulement émis l'opinion que *ce n'est pas un spécifique*, et qu'il est loin de réussir dans *tous* les cas. Que mes honorables contradicteurs veuillent bien se donner la peine de relire ma lettre et ils n'y verront que cela. Si le chlorate de potasse leur procure de si merveilleuses cures, ils seraient bien aimables de venir exercer leur art à Montréal. La santé publique leur en serait éternellement reconnaissante.

Veuillez agréer, messieurs les rédacteurs, l'expression de mes meilleurs remerciements.

Montréal, 22 août 1885. MÉDECINE.

Extrait de foie de morue créosoté.—Depuis les travaux remarquables de MM. les Docteurs BOUCHARD et GIMBERT sur les propriétés antiseptiques et cicatrisantes de la *Créosote de hêtre*, ce médicament est entré dans la pratique journalière de la ville et des hôpitaux. Les praticiens de tous les pays ayant reconnu dans cette substance l'agent le plus capable d'enrayer la marche de la *phthisie pulmonaire*, cent moyens ont été imaginés pour rendre le *Créosote* facilement acceptable pour les malades, à dose suffisante. La tâche était facile. Poudres, pilules, dragées, émulsions, alcoolats, etc., tout cela fut essayé. Le mode d'administration qui donna les meilleurs résultats fut la combinaison des principes de la *Créosote* à ceux de l'*Huile de Foie de Morue*. Le VIN A L'EXTRAIT DE FOIE DE MORUE CRÉOSOTÉ DE CHEVRIER rencontre parfaitement toutes les indications voulues.

Avec cette préparation, qui diminue considérablement l'odeur et la saveur spéciales de la *Créosote*, le médecin peut augmenter rapidement la dose du médicament spécifique et obtenir facilement les résultats surprenants signalés par tous les cliniciens. Tous affirment que la *Créosote de hêtre* arrête le travail destructeur de la *phthisie*, en diminuant l'expectoration, réveillant l'appétit, faisant tomber la fièvre, supprimant les sueurs, augmentant le poids du corps.

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Pneumonie bacillaire aigue et pneumonie franche ; son diagnostic.—Clinique de M. le professeur Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu.—Une des formes de la tuberculose larvée les plus intéressantes à étudier, c'est certainement la tuberculose aiguë massive, la pneumonie bacillaire aiguë. Elle se présente dans des conditions telles que, borné aux seules ressources de l'auscultation, le diagnostic reste pendant longtemps hésitant. C'est seulement par la longue durée du processus, par sa tendance à la destruction ulcéreuse du poumon, que la nature de la pneumonie caséeuse pouvait être affirmée lorsque l'on n'avait pas encore, dans la recherche du bacille tuberculeux, le signe pathognomonique, la signature vivante de la maladie. Dans quelques cas, l'état de santé antérieure du malade, l'apparition d'une hémoptysie abondante au début de l'affection pouvaient faire reconnaître qu'il s'agissait de cette forme redoutable de la tuberculose aiguë. En dehors de ces circonstances, et il n'est pas rare qu'elles fassent défaut, le diagnostic restait longtemps flottant et indécis au détriment du pronostic. Actuellement, grâce à la découverte de Koch, le diagnostic peut être affirmé très rapidement.

Je ne veux pas reprendre ici l'historique de la question au point de vue de l'anatomie pathologique. Je vous rappellerai seulement que Laënnec avait parfaitement vu que la pneumonie caséeuse n'était qu'une façon d'être de la tuberculeuse; que cette unicité, niée par Reinhardt et Virchow, avait été de nouveau démontrée par l'Ecole française dans les travaux successifs de Thaon, de Grancher et de Charcot. Aujourd'hui, je veux seulement vous montrer comment la démonstration du bacille de Koch affirme le diagnostic, vous montrer quelles sont les conditions dans lesquelles votre attention devra être éveillée sur la possibilité d'une tuberculose massive aiguë, dans lesquelles vous devrez rechercher le parasite dont la découverte lèvera dans votre esprit toute espèce d'hésitation.

Du reste, la comparaison de quelques observations recueillies récemment dans le service de la clinique, vous montrera comment évolue au début la pneumonie caséeuse aiguë, quelles sont les formes de la pneumonie franche avec lesquelles on serait presque forcément amené à la confondre.

I.—*Pneumonie du sommet.*—Dans un premier groupe de faits il s'agit de la pneumonie du sommet.

Toute pneumonie du sommet est suspecte au point de vue de la tuberculose. Ce n'est pas cependant que la pneumonie franche du sommet ne s'observe fréquemment; son début par un frisson initial intense, suivi de point de côté et d'expectoration visqueuse, adhérente, jaunâtre ou rougeâtre, chez un individu vigoureux, indique assez nettement sa nature fibreuse, non bacillaire. Mais une pneumonie du sommet peut survenir, survient souvent chez un individu débilité, sans phénomènes initiaux franchement accusés, et le diagnostic, dès lors,

devient des plus hésitants. Il est d'autant plus difficile que les râles de retour prennent volontiers au sommet du poumon le timbre de véritables gargouillements. Si la défervescence n'a pas été absolument franche, l'embarras augmente et il devient absolument impossible de se décider en faveur de la tuberculose ou de la pneumonie fibrineuse. Ce n'est que par l'observation prolongée du malade que l'on peut arriver à la certitude: tout disparaît s'il s'agit d'une pneumonie fibrineuse; il se fait des cavernes, s'il s'agit d'une pneumonie caséeuse.

Un garçon d'hôtel, âgé de 37 ans, entre le 6 novembre 1883, au nº 4 de la salle Saint-Christophe. Depuis cinq ou six ans, il a eu à plusieurs reprises des fluxions de poitrine. Les commémoratifs ne permettent pas de déterminer exactement leur nature. C'est un homme fatigué, surmené par son métier de garçon d'hôtel qui l'oblige à travailler beaucoup et à passer la plus grande partie de ses nuits sans sommeil.

Dix jours avant son entrée, il a été pris de frissons, d'étouffements, de fièvre, de toux. Il a éprouvé dans le côté droit de la poitrine, non pas un point de côté bien limité, mais une douleur diffuse. Vers le sommet du thorax, on constate un foyer de matité qui comprend la fosse sous-épineuse. Au même niveau, râles sous-crépitants augmentant par la toux, retentissement de la voix et de la toux. Il y a des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons. La fièvre était vive, le facies assez animé.

Les jours suivants, les râles devinrent plus abondants, plus humides et prirent le caractère de petits gargouillements. L'expectoration était composée de plusieurs parties distinctes. On trouvait, dans un liquide séreux, des grumeaux purulents et des masses jaunâtres, transparentes, non aérées, sucre d'orge.

Quatre jours plus tard, l'état général était mauvais: il y avait de l'abattement, avec un facies déprimé. La fièvre tomba seulement le sixième jour du séjour à l'hôpital, quinze jours par conséquent après le début de la maladie.

Dans ce cas particulier, le siége de la lésion, la longue durée de la maladie, sa survenue chez un individu affaibli, surmené, d'antécédents suspects, amenaient forcément à songer à la tuberculose. L'examen des crachats fut pratiqué à plusieurs reprises: il donna des résultats négatifs. Il s'agissait donc d'une pneumonie simple, d'évolution anormale, qui simulait une pneumonie caséeuse. En effet, tous les signes d'auscultation et de percussion disparurent complètement. Le malade revu sept mois plus tard ne présentait au sommet du poumon aucun signe de tuberculose: la pneumonie n'avait laissé aucune espèce de trace.

Je pourrais mettre en regard de cette observation négative plusieurs observations positives dans lesquelles la découverte du bacille a rapidement fixé le diagnostic. Une des plus curieuses et des plus démonstratives est celle d'un jeune homme de 18 ans, qui, après avoir été mouillé par la pluie, avait eu un grand frisson, puis plusieurs frissons moins accentués. On trouvait des râles sibilants et ronflants disséminés dans les deux poumons, et, au sommet droit, du souffle tubaire avec retentissement de la voix. L'expectoration muco-purulente renfermait de nombreux bacilles. La température atteignait 40º. Après un mois de séjour dans la salle, il sortait avec un foyer de ramollissement au sommet du poumon droit.

Plusieurs autres de nos malades atteints de pneumonie caséeuse du sommet à début brusque avaient eu des hémoptysies plus ou moins abondantes qui étaient déjà, par elles-mêmes, un indice à peu près certain de tuberculose. Les bacilles furent en effet démontrés dans leurs crachats et l'évolution des lésions ne laissa aucun doute sur leur nature. Si l'hémoptysie avait fait défaut chez eux, sans la démonstration fournie par les bacilles, ce diagnostic fut resté en suspens pendant plusieurs jours.

II.—*Pneumonie caséeuse migratrice.*—Messieurs, j'aborde maintenant la description d'une autre forme de la pneumonie caséeuse. Celle que nous avons envisagée jusqu'à présent était surtout caractérisée par son siège: celle que nous allons examiner est surtout remarquable par son étendue. Elle tend à envahir plus ou moins rapidement la totalité du poumon primitivement atteint: plus tard même elle envahit le poumon du côté opposé. Cette marche migratrice, progressivement, ou plutôt successivement envahissante, n'est pas le propre de la tuberculose massive. Trousseau a décrit sous le nom de pneumonie érysipélateuse, une pneumonie que les Allemands ont appelée migratrice, dont le caractère particulier est d'envahir le poumon par poussées successives. Si les foyers se succèdent rapidement, il peut se faire qu'un des poumons soit hépatisé dans toute son étendue et même que le poumon de l'autre côté soit simultanément atteint.

Ces foyers, accolés les uns aux autres, présentent, pris isolément, chacune des phases de la pneumonie fibrineuse. Les premiers en date sont déjà à la période des râles sous-crépitants de retour, alors que les autres donnent lieu simplement à du souffle tubaire, de la matité et du retentissement de la voix. Il en résulte que certaines régions du poumon paraissent en voie de ramollissement caséeux, alors que les autres semblent simplement indurées. La fièvre persiste à un degré élevé; la défervescence ne se fait pas aux jours critiques, et, la maladie se poursuivant ainsi, la confusion devient absolument inévitable.

Qu'il s'agisse d'une pneumonie migratrice progressivement envahissante ou d'une tuberculose massive à foyers successifs, tout est semblable: mode de début, signes physiques, expectoration et fièvre. En dehors de l'examen des bacilles, je déclare le diagnostic absolument impossible jusqu'au jour où apparaissent les cavernes, s'il s'agit de la tuberculose, où la résolution est totale ou définitive, s'il s'agit de la pneumonie simple.

Permettez-moi de vous rapporter l'histoire de deux malades actuellement encore couchés dans nos salles. Ces observations, très nettes, seront des exemples concrets bien faits pour corriger ce que l'énoncé que je viens de donner peut avoir d'abstrait.

Un jeune homme de 22 ans, d'une bonne santé habituelle, entre dans le service le 11 novembre dernier. Il tousse seulement depuis quinze jours. Depuis cinq à six jours il se sent très souffrant, très abattu et éprouve un point de côté léger au-dessus du mamelon gauche. Son expectoration est muco-purulente. Il n'a pas craché de sang.

Au moment de l'entrée, la fièvre est vive, la température dépasse 40°. La dyspnée est marquée, la respiration anxieuse. A l'auscultation, on trouve des râles sibilants et ronflants généralisés, un souffle tubaire assez léger dans la fosse sus-épineuse gauche, et des râles sous-crépitants dans la fosse sous-clavière correspondante.

Les jours suivants, les phénomènes généraux ne se modifient pas; la température demeure toujours entre 40° et 41°. Les signes locaux s'étendent. Il apparaît sous l'aisselle gauche un foyer de souffle tubaire et de râles sous-crépitants. Ce foyer nouveau se confond, du reste, en haut et en avant avec le foyer sous-claviculaire. L'expectoration muco-purulente est mélangée de crachats ambrés, transparents, adhérents au vase.

Au bout d'une douzaine de jours, la fièvre persistant toujours au même degré, la matité et le souffle tubaire, suivant toujours leur marche descendante, envahissent toute la base du poumon, en arrière, de la région axillaire au rachis. Bientôt il devient évident qu'il existe à la base un notable épanchement, de telle sorte que la matité est absolue dans toute l'étendue du poumon gauche, du sommet à la base, en avant, en arrière et latéralement. A l'auscultation, on trouve du souffle tubaire dans la moitié supérieure du thorax et des râles sous-crépitants humides et agminés dans les fosses sus-épineuse, sous-épineuse et sous-clavière. Les râles secs persistent du côté droit, on ne trouve pas au sommet de maximum évident.

La dyspnée devenant très considérable, la ponction évacuatrice fut pratiquée à deux reprises. Elle donna lieu à l'écoulement d'un liquide louche chargé de globules blancs, dans lequel l'examen histologique démontra l'existence de bacilles de la tuberculose.

J'abrège cette histoire. Il me suffira de vous dire que, depuis cette époque, la maladie a évolué nettement à la façon d'une pneumonie caséeuse. Il existe de l'induration du sommet droit, du ramollissement du sommet gauche qui est manifestement en voie d'excavation. La maladie dure maintenant depuis plus de quatre mois. Le malade est dans un état d'hecticité de plus en plus accentué; son aspect, son état général sont aussi caractéristiques que les signes révélés par l'auscultation.

Quoi qu'il en soit, vous voyez, Messieurs, que, pendant une dizaine de jours, les choses se sont comportées exactement comme dans la pneumonie migratrice, puisque nous avons assisté à l'envahissement successif du poumon gauche par le souffle tubaire et les râles sous-crépitants. Un premier foyer s'installe dans la fosse sus-épineuse et s'étend, en avant, à la fosse sous clavière. Un second foyer adjacent, contigu au premier, apparaît deux ou trois jours après sous l'aisselle; puis, au bout de quatre ou cinq jours encore, l'envahissement gagne de l'aisselle au rachis, la pleurésie survient et le poumon est pris dans toute son étendue. C'est la marche de la pneumonie migratrice, et, si nous avions été réduits aux seules données de l'auscultation et de la percussion, notre embarras eût été insurmontable pendant au moins dix ou douze jours. Eh bien, dès le second jour du séjour du malade à l'hôpital, l'examen des crachats nous montrait de nombreux bacilles de Koch, et notre diagnostic était affirmé. Nous étions absolument certain d'avoir affaire à une pneumonie caséeuse à forme migratrice. Nous savions que les râles sous-crépitants, qui succédaient au fur et à mesure au souffle tubaire, n'indiquaient pas la résolution et la disparition de foyers d'hépatisation pneumonique, mais le ramollissement, la fonte, l'ulcération de larges foyers caséeux.

Permettez-moi encore de vous signaler, en passant, la présence des bacilles dans l'exsudat pleurétique comme un fait intéressant. Il est vrai de dire que l'épanchement était louche et charriait de nombreux globules blancs. (*A suivre.*)—*Union médicale.*

De la coniase biliaire. — M. le Dr MERLE (de la Ferté-Alais) a communiqué à l'Académie un travail sur la *coniase biliaire* et ses symptômes. La coniase, c'est le degré le plus fin de la lithiase, la gravelle biliaire. Le passage du sable biliaire, sans donner lieu à de vraies coliques hépatiques, détermine ces fausses crampes d'estomac dont la nature est souvent méconnue et qui sont traitées comme de la simple gastralgie. En outre, d'après M. Merle, les gens atteints de coniase biliaire sont pris, à certains moments, de coliques impérieuses, suivies de garde-robes réitérées; si on examine celles-ci, on constate qu'après avoir été solides, elles deviennent de plus en plus liquides et contiennent une proportion de plus en plus grande de sable biliaire. Pour déceler celui-ci, il suffit d'ajouter aux matières évacuées une certaine quantité d'eau chaude; les fèces surnagent, le sable biliaire tombe au fond du vase ainsi qu'on peut s'en assurer par décantation. Nous croyons, comme M. Merle, à la fréquence de la gravelle biliaire méconnue, et il va de soi que cette erreur de diagnostic n'est pas sans conséquence thérapeutique puisque les alcalins améliorent rapidement un état douloureux que ne soulageraient qu'imparfaitement les antispasmodiques et les calmants.—*Concours médical.*

De quelques troubles digestifs, leurs conséquences et traitement; par M. Lauder BRUNTON.—L'état bilieux et l'indigestion sont deux maladies difficiles à distinguer l'une de l'autre, parce que le trouble du foie affecte l'estomac et l'intestin, et *vice versa.* Suivant Brunton le foie jouit de propriétés élastiques et la rapidité de la circulation veineuse hépatique dépend de la qualité du sang en circulation, d'où il suit qu'il survient un engorgement veineux du foie par suite de l'absorption des produits d'une digestion imparfaite. Les expériences de Beaumont sur St-Martin nous démontrent encore les rapports sympathiques de l'estomac au foie et *vice versà.*

Les symptômes ordinaires de l'indigestion sont la flatulence, une sensation de pesanteur à l'épigastre, de l'acidité et de la douleur. La flatulence peut être due à la présence des gaz de l'atmosphère dont l'oxygène a été absorbé ou peut être le produit d'une sécrétion de la muqueuse gastro-intestinale, ou de la fermentation des aliments. Les liquides épais (soupe aux pois) favorisent l'entrée de l'air dans l'estomac; de même une salivation continuelle, la sensation d'irritation dans l'arrière-gorge, la sensation d'acidité dans l'estomac, d'oppression à l'épigastre. Cette sensation de constriction à travers la poitrine, qui a été comparée à celle que produirait une ceinture de fer, dépend de l'irritation du nerf vague, laquelle peut être déterminée par des émotions déprimantes. La flatulence intestinale des hystériques, suivant Ebstein et Zeckendorf, est due à la paralysie du pylore. D'après Kolbe et Ruge la flatulence intestinale est produite par l'hydrogène sulfuré qui peut s'échapper quelquefois par la bouche. Ewald a vu un individu qui au moment d'allumer un cigare, enflammait avec son allumette des gaz qui lui sortaient par la bouche. Des éructations persistantes d'hydrogène sulfuré indiquent une maladie organique sérieuse.

L'acidité et la flatulence peuvent alterner. La première peut être due à une augmentation d'acides ou à une exagération de la sensibilité de la muqueuse gastrique ou œsophagienne.

La sensation de brûlement semble être due à l'irritation du cardia et de l'œsophage, si l'on se rappelle que la douleur de l'estomac revêt un caractère de pesanteur. Le passage d'un *vent* soulage le brulement.

L'indigestion peut encore s'accompagner de dyspnée, d'attaques asthmatiques, de toux, de vertige, de syncope et d'un pouls intermittent. Ces divers symptômes peuvent être produits, soit mécaniquement, soit par l'influence du système nerveux. Il est possible qu'il se forme alors des alcaloïdes dans l'intestin, qui, étant absorbés, agissent sur le cœur à la manière de la digitale. C'est ainsi qu'on pourrait expliquer la mort subite qui arrive chez des goutteux. D'après Ludwig et Schmidt-Mulheim ce seraient les peptones qui agiraient comme poison dans ce cas. Bocci a extrait de l'urine de l'homme un alcaloïde dont l'action était celle du curare; Brieger a extrait de la fibrine digérée avec le suc gastrique, un alcaloïde qu'il a appelé peptoxine. Bence Jones et Dupré ont extrait du foie et d'autres organes un alcaloïde qui ressemblait à la quinine. La mélancolie, l'hypochondrie, la céphalalgie sont encore d'autres symptômes de l'indigestion. Le mal de tête dépend généralement de dents cariées ou d'irrégularité dans les fonctions oculaires visuelles. Dans le dernier cas, la douleur est ordinairement occipitale ou frontale, elle peut même être temporale. Lorsque le mal de tête dépend d'indigestion, la face supérieure du globe de l'œil est excessivement sensible et la tension oculaire est augmentée.

Traitement.—Enlever la cause s'il est possible. Mastication parfaite, attention entière au repas. Mets au goût et bien préparés. Ne pas faire d'excès dans le boire et le manger. Choisir les aliments reconnus faciles à digérer. Ne pas prendre de repas lorsqu'on est épuisé par la fatigue; attendre qu'elle soit disparue.

Au point de vue du traitement médicinal, la noix vomique, le charbon, le sous-nitrate de bismuth, le bioxide de manganèse rendront des services. Maintenir les intestins libres.

L'état bilieux peut être accompagné d'altérations variables de la bile, qu'elle soit trop abondante ou insuffisante. Dans le premier cas les selles sont de couleur normale ou noires, dans le dernier cas les selles sont blanches, argileuses. Le salicylate de soude est un stimulant énergique de l'organe biliaire dont il liquéfie le produit.

Les mercuriaux, les altérants, les acides, les alcalis, l'ammonium sont employés avec succès.

Un autre moyen important à employer dans l'indigestion confirmée est le *massage.*—*North Carol. Med. Journ.*

Traitement de la péricardite séreuse, par Constantin PAUL;—Dans le cas de péricardite avec épanchement, on prescrit au début les vésicatoires, et comme ils se montrent généralement insuffisants, on y joint les diurétiques et les purgatifs hydragogues.—Parmi les premiers, on peut conseiller les préparations de scille, les baies de genièvre, le nitrate et l'acétate de potasse; parmi les seconds, le jalap, la scammonée, le séné, la coloquinte, l'huile de croton, la gomme-gutte, l'aloès. Enfin, lorsque l'épanchement menace de produire la suffocation, il y a lieu de recourir, comme moyen extrême, à la paracentèse du péricarde. Le trocart doit rester en place une heure, et même une heure et demie,

pour donner au liquide le temps de s'écouler, l'écoulement étant retardé par les adhérences qui existent presque constamment et forment un tissu feutré. L'auteur préfère cette façon de procéder à la ponction avec aspiration. Lorsque la péricardite est adhésive, il n'existe aucun moyen de rompre les adhérences. On se contente alors de soigner l'endocardite ou la myocardite qui peuvent venir s'ajouter à la péricardite primitive.—*Union médicale.*

Du diabète glycosurique chez les vieillards.—Nous extrayons les passages suivants d'un remarquable travail de M. le docteur LANDRIEUX, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

" Il y a déjà longtemps, dit M. Landrieux, qu'on a décrit, sous le nom de *diabète intermittent*, une forme de diabète glycosurique caractérisé par la présence intermittente du sucre dans l'urine. Ces cas ont été observés chez les goutteux." Par conséquent, les faits publiés par M. Landrieux ne sont pas nouveaux, mais ils viennent corroborer les anciens. Et après avoir publié six observations, voici ce qu'il ajoute :

Toutes nos malades ont plus de soixante ans. Trois sont rhumatisantes et pas une goutteuse. Toutes ont présenté de la glycosurie d'une façon intermittente. A côté de cette glycosurie, nous avons observé d'autres signes qui pourraient être rattachés à la même cause. Mais nous avons vu que ces signes accessoires n'étaient pas constants et qu'ils n'étaient pas toujours en rapport avec la quantité de sucre éliminé. Nous avons vu, d'une part, une glycosurie notable ne se faisant soupçonner par aucun signe et, d'autre part, des troubles persistants et assez prononcés (conjonctivite, gingivite), survivre à la glycosurie. On a pu voir, en outre, un fait remarquable, c'est la glycosurie accompagnée de polyphagie, de polydypsie et de polyurie, apparaître pendant quelques jours, puis tous ces signes disparaître à la fois pour reparaître quelque temps après encore simultanément.

Si un diabète intermittent existe, le voilà certainement représenté de la façon la plus typique.

Signalons encore dans nos observations ce fait de la présence très fréquente de l'albumine non rétractile dans l'urine. Nous avons trouvé plusieurs fois des pigments biliaires, et il est probable que nous les aurions trouvés beaucoup plus souvent si nous les avions cherchés. Dans aucun de ces cas, il ne s'est manifesté de suffusion ictérique des conjonctives ou de la peau.

Disons encore qu'en dehors des observations que nous publions, nous avons fait, à Sainte Périne, plus de 200 analyses d'urine. Malheureusement, nous n'avons pris de notes détaillées que 64 fois. Or, sur ces 64 analyses provenant de 25 vieillards, nous avons trouvé 43 fois de l'albumine non rétractile et 12 fois des pigments biliaires, avec coloration normale des conjonctives et de la peau.

Maintenant, voyons comment il faut interpréter les cas que nous avons exposés. S'agit-il de simple glycosurie chez les vieillards, ou bien s'agit-il d'un diabète glycosurique légitime mais intermittent?

En somme, jeu de mots. Nous avons déjà signalé, au commencement de ce petit travail, les efforts qu'on a faits pour bien limiter le cadre du diabète et la différence tranchée qu'on a essayé de faire entre la glycosurie et le diabète. On connaissait le diabète avant de connaître

la glycosurie, et comme le mot diabète correspondait à une entité clinique très nette, son interprétation ne pouvait prêter au doute. Avec l'introduction de la notion de la glycosurie et avec la connaissance du fait de l'apparition du sucre dans certains états transitoires de l'organisme ainsi que dans certains états permanents, il est évident qu'on ne pouvait identifier des choses si différentes : d'une part, une entité clinique, le diabète ; d'autre part, un fait chimico-pathologique, la glycosurie.

Mais ce qu'on s'est plu à oublier, ou ce dont on n'a pas voulu tenir compte, c'est que, parmi les diabètes, il y a un diabète glycosurique, et que, pour celui-ci, ce qui constituait la différenciation tranchée avec la glycosurie n'était nullement dû à l'essence même des choses, mais à leur durée.

Pour qu'il y ait glycosurie, il faut évidemment, quelle que soit l'hypothèse glycogénique, qu'on admette que la glycose ne soit pas retenue dans l'organisme, soit par excès de production, soit par défaut d'assimilation, la production étant la même. Or, dans le diabète glycosurique, quelle que soit encore la théorie glycogénique primordiale que l'on admette, le processus final est nécessairement le même : la glycose s'échappe parce qu'elle est produite en excès ou bien parce que, la production étant constante, la consommation en est diminuée. Dans les deux cas, le processus est le même : seulement, dans l'un, il est définitif; dans l'autre, il est transitoire. On pourrait donc presque dire que la *glycosurie* est un *diabète glycosurique abortif;* mais on peut certainement dire que la *glycosurie persistante* est le *diabète glycosurique*, qu'il s'y joigne ou qu'il ne s'y joigne pas d'autres signes.

La distinction absolue entre glycosurie et diabète glycosurique ne serait légitime que si on parvenait à découvrir une lésion organique quelconque appartenant au diabète et manquant à la glycosurie.

Ceci dit, nos cas ne seront pas difficiles à interpréter. Nous nous trouvons en présence de *diabètes intermittents.* Parmi ceux-ci il y en a qui présentent une glycosurie intermittente avec un état général constant. On peut expliquer ces cas par l'hypothèse que l'organisme est pris d'un second accès de diabète avant qu'il ne soit remis des troubles provenant du premier accès. Il y a de la sorte des *accès subintrants* de diabète. Dans tous nos autres cas le diabète glycosurique est intermittent franc.

Si nous admettons l'hypothèse pathogénique, brillamment défendue par M. Bouchard, du ralentissement de la nutrition, la présence si fréquente de l'albumine et des pigments biliaires sera facile à comprendre. Il y a diminution dans l'assimilation des albuminoïdes, d'une part, et non-assimilation des pigments biliaires résorbés dans l'intestin, d'autre part.

Donc pour conclure :

1° Il n'y a pas lieu d'établir une différence essentielle entre les termes de glycosurie et de diabète glycosurique ;

2° La sénilité donne au diabète glycosurique des caractères spéciaux ;

3° *Le diabète glycosurique sénile se présente ordinairement sous forme d'accès diabétiques intermittents ou subintrants ;*

4° Le diabète sénile se montre fréquemment accompagné d'autres troubles d'assimilation (azoturie, albuminurie non rétractile, pigments biliaires) ;

5° On pourrait expliquer les différents troubles qu'on observe chez les vieillards par une sorte d'*ataxie de la nutrition.* (*Progrès médical.*)

Ce seul fait de glycosurie persistante suffit pour caractériser le diabète glycosurique, car tous les autres signes ne sont que la conséquence des déperditions de l'économie en sucre et en eau, absolument comme le seul fait de l'engouement suffit pour constituer la pneumonie, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'hépatisation. On peut dire qu'il n'y a qu'un seul signe accessoire absolument indispensable : c'est la polyurie plus ou moins accentuée. Et quant à ce signe, M. Bouchard a surabondamment prouvé dans ses admirables leçons sur les maladies de la nutrition que la polyurie est une conséquence physique de la glycosurie, et qu'on peut, d'après la quantité de sucre éliminé, calculer presque mathématiquement la quantité d'urine excrétée, étant donné le coefficient physiologique de dissolution du sucre dans l'organisme.

Ainsi, si nous ne voulons donner le nom de diabète qu'à la réunion des quatre signes (polyurie, polydypsie, polyphagie, autophagie), bon nombre de diabétiques ont été simplement glycosuriques pendant longtemps. Mais si nous séparions une seule et même maladie en deux divisions absolument arbitraires, nous ferions une faute tout aussi grave que si nous ne considérions la *fièvre typhoïde abortive* comme fièvre typhoïde qu'à partir du moment où il y a perforation intestinale.

Donc, pour nous résumer, nous croyons que sur ce point on s'est laissé aller à un détestable jeu de mots, qui ne fait qu'embrouiller les choses. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous ne devons voir entre la glycosurie et le diabète qu'une différence de degré et de durée, ainsi du reste que l'avait si bien vu Claude Bernard.

La comparaison qu'on a voulu établir entre l'albuminurie et la glycosurie ne peut résister à un examen sérieux. Il y a albuminurie de cause rénale et albuminurie de cause générale parce qu'il y a un substratum anatomo-pathologique dans les cas d'albuminurie rénale, substratum qui n'existe pas dans les autres cas. On sait du reste que, grâce aux progrès de l'anatomie pathologique, les albuminuries de cause générale voient leur champ se rétrécir continuellement en faveur de celles de cause rénale, et le moment n'est peut-être pas éloigné où il n'existera que des albuminuries rénales.—*Revue médicale.*

Paralysie cardiaque subite à la suite d'injections sous-cutanées de morphine.—A propos du traitement de l'angine de poitrine, nous rappelions récemment l'opinion du professeur Peter sur les dangers que l'abus des injections de morphine peut faire courir aux cardiaques. Il n'y a pas bien longtemps, M. Runeberg publiait un exemple de mort subite, survenue dans le cours d'un accès d'angine de poitrine, à la suite d'injections de morphine. M. KLAMANN relate un nouvel exemple de ce genre d'accident : il s'agit d'un confrère âgé, qui, depuis quelque temps, abusait des boissons spiritueuses. Il était, de plus, sujet à des épistaxis et à des hémorrhagies se faisant par une phlébectasie de la lèvre inférieure, ainsi qu'à de violents accès d'angine de poitrine. Pour se soulager, le confrère se faisait des injections de morphine pendant les accès. M. Klamann fut appelé un jour auprès de lui ; le malade, qui était en pleine attaque d'*angor pectoris*, s'était déjà piqué à la

morphine et réclamait une nouvelle injection, qui fut faite. Subitement, il pâlit et expira en moins d'une minute.

Chez ce malade, l'âge avancé, l'alcoolisme, les pertes de sang répétées étaient évidemment autant de circonstances qui devaient contre-indiquer l'emploi des injections de morphine.—*Deutsche Med. Zeitung.*—*Paris médical.*

De l'orthopnée ; par J THOMAYER.—D'après les graphiques recueillis sur 4 malades de la clinique d'Eiselt, l'auteur admet que le cœur, dans la position horizontale, ayant à fournir un surcroît de travail, n'y parvient que grâce à l'intégrité de son tissu et de ses forces, comme dans l'état normal ; qu'il manque à sa tâche dès que cette condition ne se trouve plus réalisée. Le malade prend alors une attitude qui épargne davantage la fatigue de l'organe, la position assise ; c'est le cas dans les maladies du cœur et du péricarde. L'orthopnée, dans les maladies pulmonaires, peut être envisagée également comme une orthopnée cardiaque. Dans l'emphysème, le pneumo-thorax, les exsudats pleurétiques, la tuberculose, la rupture de l'équilibre est due à la dilatation cardiaque.—*Lyon médical.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Conduite du médecin chez les prostatiques (1). — La pathogénie de ces faits peut être interprétée de cette façon : sous une des influences extérieures dont nous avons parlé, la prostate se congestionne, le canal est obstrué, la rétention est complète et le globe vésical se distend ; mais cette distension même de la vessie met obstacle à la circulation veineuse ; en comprimant les veines ambiantes, elle augmente et maintient la réplétion vasculaire de la prostate. Il y a là, en somme, un véritable cercle vicieux, un échange de mauvais procédés entre les deux organes. La congestion prostatique a provoqué la rétention, la rétention augmente la congestion. Si l'on atténue ou si l'on supprime l'un des deux facteurs, les accidents auront grande chance de s'atténuer.

Tandis que les moyens radicaux s'adressent indirectement à la circulation prostatique, l'évacuation par l'urèthre ou le haut appareil combat et l'accident rétention et sa conséquence la dilatation vasculaire exagérée. Son efficacité est donc bien plus certaine que celle des moyens médicaux.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'emploi simultané de ces deux méthodes rétablisse presque immédiatement la circulation veineuse prostatique.

L'état congestif et la rétention disparaissent de pair, et en quelques heures ou en quelques jours, le canal de l'urèthre a repris sa perméabilité.

L'observation d'un malade qui, à quelques heures d'intervalle, passe de la rétention à la miction facile et large, ce fait si paradoxal d'un urèthre mettant un obstacle infranchissable aux instruments les mieux dirigés et laissant une heure après passer, sans aucune difficulté, une

(1) Suite et fin.—Voir le numéro précédent.

grosse sonde molle, sont autant de phénomènes qui s'expliquent facilement par les changements survenus dans l'état vasculaire de la prostate.

D'ailleurs, le toucher prostatique avant, pendant et après la rétention, donne la mesure directe de ces changements de volume.

Ainsi envisagée, la rétention donne lieu à quelques considérations thérapeutiques importantes. L'obstacle franchi, deux questions se posent :

1° Comment faut-il vider la vessie ?

La réponse se trouve indiquée un peu plus haut.

2° Faut-il une sonde à demeure ?

Cette question a eté fort controversée. Tour à tour, la sonde à demeure a été regardée comme un remède suprême ou un instrument dangereux et coupable de tous les accidents urinaires. Là encore, c'est en se basant sur la gravité des phénomènes congestifs chez les prostatiques que se base l'emploi judicieux de cet instrument.

Nous avons vu quels accidents graves surviennent chez les prostatiques à la suite d'un cathétérisme un peu difficile ; les hémorrhagies, la cystite, la rétention, c'est-à-dire des accidents d'ordre vasculaire au plus haut chef, éclatent à cette occasion.

De plus, la difficulté même du sondage peut passer à l'impossibilité, c'est-à-dire qu'elle constitue une menace imminente de distension vésicale, complication qui conduit droit à la néphrite.

En conséquence, à chaque fois que, chez un prostatique, le cathétérisme est difficile, à chaque fois que la sonde ne peut être introduite sans forcer le canal, il faut laisser la sonde à demeure.

La situation étant ainsi sauvegardée, on peut à loisir combattre les accidents congestifs. Au bout de quelques jours, on tâte la perméabilité du canal en enlevant la sonde à demeure et en essayant le cathétérisme intermittent.

Survient-il de nouvelles difficultés, on a de nouveau recours à la sonde à demeure, jusqu'à ce que le passage soit devenu facile.

Une autre indication de la sonde à demeure est fournie par la situation dans laquelle se trouve le malade.

On sait que la retenue de l'urine dans la vessie est une cause très fréquente de réplétion vésico-prostatique et de rétention complète ; nous avons vu que, chez un malade qui se sonde régulièrement, une retenue volontaire de l'urine, en dépit des sollicitations vésicales, constitue une cause fréquente d'accidents ; le cathétérisme devient quelquefois impossible et la dilatation vasculaire peut aller jusqu'à l'hématurie ou à la cystite. Là encore, la nécessité d'éviter ces accidents nécessite l'emploi de la sonde à demeure.

Nous pouvons ainsi formuler cette seconde indication : à chaque fois qu'un prostatique est dans des conditions telles qu'il ne puisse être sondé régulièrement et facilement, aussitôt que sa vessie le sollicitera (la nuit, par exemple), il est nécessaire de lui laisser temporairement la sonde à demeure.

Tels sont les moyens à opposer à la rétention dans l'hypertrophie de la prostate. Toute cette thérapeutique est basée sur ce fait : éviter ou combattre les phénomènes congestifs.

Les autres complications de cette hypertrophie, hématurie, cystite et néphrite, sont moins importantes.

Les hématuries ne constituent pas un accident favorable ni même

exempt de danger. Les anciens, et Desault surtout, considéraient cette hématurie comme une saignée locale qu'il fallait provoquer au besoin par le cathétérisme.

C'est là une erreur. La perte de sang est toujours à redouter chez les prostatiques, car c'est une cause d'affaiblissement. A la vérité, il est rare que ces hémorrhagies soient graves par leur abondance, mais l'épanchement sanguin dans la région prostatique ou la vessie a des inconvénients sérieux. Les caillots s'éliminant difficilement par la sonde, stagnent dans la vessie où ils constituent autant de corps étrangers. De plus, il se désagrègent, se putréfient et créent un état favorable à l'éclosion d'une cystite. Il faut prévenir ou combattre ces accidents, et pour cela il suffit de se rappeler que les vaisseaux de la prostate et de la vessie sont turgescents, qu'ils ne demandent qu'à se rompre.

On devra donc éviter soigneusement et le cathétérisme brusque, et l'enfoncement de la sonde jusqu'à la paroi postérieure de la vessie. Mais surtout on devra se garder d'une évacuation trop rapide du réservoir distendu.

Si l'hématurie est constituée, il faudra mettre la vessie au repos par un cathétérisme méthodique et régulier qui permettra de laver la cavité et de la débarrasser de ses caillots. L'évacuation régulière de l'urine aura ce second avantage d'empêcher la distension vésicale et, par conséquent, de diminuer la congestion de la vessie et du rein.

Cette méthode, évacuation et lavage, semble contradictoire, car si la première met un terme à la distension, la seconde la provoque au contraire.

La contradiction n'est qu'apparente. Les lavages vésicaux ne doivent pas distendre la vessie sous peine d'être inutiles et dangereux en entretenant l'état congestif.

Pour que cette méthode soit efficace, le jet du liquide doit être lancé assez fortement, mais en petite quantité, la sensibilité au contact de la vessie est seule mise en jeu et nous avons vu combien le réservoir est tolérant à cet égard.

C'est là un petit point de pratique qui a bien son importance, car il explique pourquoi tant de malades trouvent plus de mal que de bien dans les lavages intravésicaux.

Pour ce qui est de la cystite et de la néphrite, leur thérapeutique consiste beaucoup plus dans la prévention des accidents que dans leur guérison.

En résumé, le rôle des phénomènes congestifs est considérable dans l'hypertrophie prostatique. Ces phénomènes ne peuvent pas créer la maladie de toutes pièces; mais, quand la lésion est constituée, ils donnent à sa symptomatologie une forme toute particulière.

A eux seuls, ils provoquent les accidents de la première période.

Quand la vessie ne se vide plus, ils provoquent le développement des complications ,hématuries et cystite.

La rétention complète d'urine chez les prostatiques est sous leur dépendance.

La thérapeutique de cette affection doit, avant tout, éviter ou combattre la congestion.—*Paris médical.*

Hygromas de la cuisse à grains riziformes; nature tuberculeuse des hygromas et des synovites à grains fibrineux.—C'est le sujet d'une note adressée à l'Académie de médecine de Paris, par M. le Dr NICAISE, dans laquelle il rapporte trois faits d'hygromas ou de synovites à grains riziformes observés dans son service, tous les trois de nature tuberculeuse. Il ajoute que MM. Poulet et Vaillard ont observé un quatrième fait dans lequel ils ont encore rencontré des follicules tuberculeux.

"En est-il toujours ainsi? dit M. Nicaise. Les hygromas et les synovites à grains riziformes sont-ils tous de nature tuberculeuse? Il serait prématuré de l'affirmer.

"Dans les faits que je viens de rapporter, la nature tuberculeuse est démontrée par le follicule tuberculeux, par le bacille et, je pense, par l'inoculation sur les animaux qui seront examinés en temps utile. On peut donc croire qu'il existe une inflammation tuberculeuse spéciale des membranes séreuses qui donne lieu à la formation d'une grande quantité de masses fibrineuses. C'est ce dernier point que je devrai aborder.

"Non seulement chez ma malade le siège de la tumeur est anormal, non seulement l'on constate que la lésion est de nature tuberculeuse; mais nous trouvons que le processus inflammatoire qui accompagne les tubercules a quelque chose de remarquable, puisque nous avons comme produit inflammatoire une masse fibrineuse de près de 400 grammes, sans exsudat séreux ni purulent. Il s'agit là d'un mode particulier des rapports de l'inflammation et de la tuberculose. Il n'y a pas simple prolifération des cellules ou diapédèse des globules blancs, autour du tubercule; le microbe pyogène n'est pas venu s'ajouter au tubercule; il y autre chose: le tubercule s'accompagne d'une inflammation qui produit un exsudat considérable de matière fibrineuse.

"Il y a quelques mois, un de nos malades, atteint d'arthrite fongueuse du genou, avait en même temps autour de l'articulation une sorte de gomme tuberculeuse de voisinage, mollasse et semi-fluctuante; je l'incisai pour enlever le foyer tuberculeux et je tombai sur une masse fibrineuse sèche, rougeâtre, translucide, remplissant exactement une cavité dont les parois renfermaient des follicules tuberculeux; j'avais cru, au contraire, trouver des fongosités suppurées. C'était en petit ce que j'ai trouvé dans de plus grandes proportions chez ma malade au kyste fémoral."—*Scalpel.*

Des indications opératoires dans le carcinome du sein.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.— Nous opérerons aujourd'hui, deux femmes atteintes de carcinome du sein. L'une, âgée de quarante-cinq ans, porte dans son sein droit une tumeur du volume du poing sans engorgement ganglionnaire de l'aisselle; l'autre, âgée de quarante-deux ans, porte également dans le sein droit une tumeur beaucoup plus petite, mais en mêmetemps une chaîne de ganglions indurés dans l'aisselle correspondante. Ces cas sont simples et ne laissent de doutes ni sur le diagnostic ni sur l'utilité qu'il y a d'intervenir par une opération. Je ne m'y arrêterai donc pas davantage aujourd'hui, mais je profiterai de la circonstance pour aborder devant vous un coin de cette étude si complexe des tumeurs du sein.

Il n'est pas de région du corps plus souvent affectée que celle-ci;

chacun de vous sera certainement bien des fois consulté à ce sujet dans sa carrière et aura à décider s'il convient et dans quelle mesure il convient d'intervenir. Or, sachez bien que la solution du problème est loin d'être toujours facile et qu'elle ne se présente pas de la même façon à l'esprit de tous les chirurgiens. C'est ainsi, par exemple, qu'il existe une variété de tumeur du sein pour laquelle, j'en suis convaincu, l'opération est plus nuisible qu'utile, et j'ai pu voir, par les rapports que la clientèle amène nécessairement entre nous, qu'un certain nombre de mes collègues ne partageaient pas cette opinion. J'ai l'espoir de vous convaincre en exposant devant vous les raisons qui guident ma conduite.

Il n'y a pas encore longtemps que toutes ou presque toutes les tumeurs du sein étaient englobées sous le nom de cancer. C'est à A. Cooper et à Velpeau que nous devons la distinction de ces tumeurs en bénignes et en malignes. A. Cooper désigna les premières sous le nom de tumeur mammaire chronique, et Velpeau sous celui d'adénoïde. De nouvelles distinctions cliniques ont été établies, et cependant encore aujourd'hui, un certain nombre de praticiens comprennent sous le nom générique de cancer toute tumeur du sein ulcérée. A plus forte raison appellent-ils cancer les tumeurs qui, une fois enlevées, peuvent récidiver, récidivent souvent et même se généralisent. Il serait utile, désirable que le mot cancer disparût définitivement du langage chirurgical.

Il existe en effet, dans le sein, deux espèces distinctes de tumeurs susceptibles de récidiver, d'entraîner la mort, et qui ont été confondues constamment sous le nom de cancer par les auteurs contemporains, c'est le *sarcome* et le *carcinome*. Vous trouverez à chaque instant cette confusion dans le livre si remarquable de Velpeau; et je suis convaincu, sinon certain, que cette confusion est également faite par des chirurgiens actuels. Le plus grand nombre des tumeurs décrites sous le nom de cancer encéphaloïde du sein sont des sarcomes. Or, ces deux genres de tumeurs, différentes au point de vue histologique, diffèrent aussi essentiellement l'une de l'autre au point de vue clinique.

Dans une autre leçon, je vous exposerai ces signes différentiels qui, dans la grande majorité des cas, permettent d'établir le diagnostic. Qu'il me suffise de vous rappeler aujourd'hui que le sarcome, n'envahissant presque jamais (MM. Labbé et Coyne disent jamais) le système lymphatique, récidive en général moins souvent et moins rapidement que le carcinome.

Or, je vous le demande, que prouve une statistique qui ne repose pas sur cette distinction clinique capitale? On dit: J'ai opéré tant de cancers du sein et j'ai eu tant de récidives à telle ou telle échéance, et on en tire une conclusion. Mais dites-nous combien il y avait de sarcomes, combien de carcinomes; dites-nous aussi quelles variétés de carcinome du sein vous avez opérées, car les unes récidivent de suite et les autres beaucoup plus tard.

Une statistique opératoire ne sera utile et probante que si elle repose sur ces données.

Que faut-il entendre sous le nom de carcinome du sein?

Je ne vous signalerai que pour mémoire les discussions passionnées qui s'élevèrent il y a une trentaine d'années sur l'existence d'une cellule cancéreuse spécifique. L'histologie pathologique, qui a fait de si grands progrès depuis cette époque, est fixée à cet égard. Je me con-

tente de vous rappeler la définition histologique de MM. Cornil et Ranvier : " Le carcinome est une tumeur composée d'un stroma fibreux limitant des alvéoles qui forment, par leur communication, un système caverneux ; ces alvéoles sont remplies de cellules libres les unes par rapport aux autres dans un liquide plus ou moins abondant."

Il est, toutefois, une définition qui nous intéresse davantage au point de vue clinique. Voici celle que je vous propose :

Le carcinome du sein se présente sous la forme d'une tumeur n'atteignant pas en général un volume considérable, de consistance ordinairement dure, faisant corps avec la glande mammaire, contractant rapidement des adhérences avec la peau et les parties profondes, s'accompagnant presque dès le début d'un engorgement des ganglions lymphatiques de l'aisselle.

Quelle est la nature du carcinome ? Quelques auteurs auraient une tendance à en faire une affection parasitaire, et cette opinion a été émise récemment dans les *Archives de médecine* (avril 1885) par M. Ledoux Lebard. Le cancer serait une affection purement locale produite par un agent animé venu de l'extérieur ; pure hypothèse, bien entendu, car le microbe du cancer n'a pas été trouvé. Du reste, cette découverte ne changerait pas beaucoup la face de la question, car il n'en faudrait pas moins admettre l'influence de l'hérédité et la prédisposition individuelle. Velpeau n'avait-il pas déjà reconnu une influence locale en invoquant le traumatisme ?

Cette idée d'infection primitive locale par un microbe n'aurait d'importance réelle pour la pratique que si nous en étions encore, comme en 1844, à discuter l'utilité de l'intervention chirurgicale dans les tumeurs du sein, mais l'accord est unanime à cet égard parmi les chirurgiens, et des nuances seules nous séparent.

Les indications opératoires reposent sur la forme du carcinome. Or, cette tumeur affecte dans le sein plusieurs formes cliniques (je ne m'occupe pas ici des espèces histologiques) qui doivent être rapportées à deux principales : la *forme circonscrite* et la *forme diffuse*.

La forme circonscrite se définit d'elle-même.

La forme diffuse se présente sous plusieurs aspects : tantôt la peau est envahie dans une très grande étendue et constitue une sorte de cuirasse au-devant de la poitrine ; ou bien ce sont de petits nodules disséminés à une distance plus ou moins grande du foyer principal ; ou bien encore c'est une chaîne ganglionnaire non interrompue, qui va de l'aisselle sous la clavicule et gagne le cou. Enfin le carcinome, abandonné à lui-même, envahit les muscles, les côtes et quelquefois la plèvre.

Ces diverses formes sont des degrés de la maladie et nul doute qu'il faille s'abstenir alors de toute opération. L'accord est unanime parmi les praticiens doués de quelque expérience.

Mais il est une forme de carcinome diffus du sein sur lequel je désire appeler votre attention, c'est le carcinome diffus primitif, diffus d'emblée. Ordinairement le carcinome du sein, au début, est circonscrit, c'est-à-dire qu'il constitue une tumeur limitée, facilement isolable avec les doigts et qui peu à peu envahit tous les éléments de la région ; celui là, il convient de l'enlever le plus tôt possible. Mais parfois le néoplasme apparaît à la fois dans tous les points de la glande, on n'en saurait trouver les limites. La peau, la couche celluleuse, la glande, les lymphatiques sont pris à la fois. Il n'existe pas de tumeur pro-

prement dite, mais de la tuméfaction. Vous vous en ferez une idée exacte quand je vous dirai que l'affection ressemble à une mammite. C'est en effet une véritable mammite carcinomateuse et, si ce n'était la marche, les antécédents, le diagnostic serait fort difficile à établir avec une mammite vraie, de nature inflammatoire. La confusion a d'ailleurs été faite plusieurs fois au début, d'autant plus que, dans les deux cas, la peau peut présenter ce caractère sur lequel insistait Nélaton, l'aspect de la peau d'orange, qu'un élève de son service, le docteur Mauduit, avait signalé le premier.

Eh bien, faut-il opérer les malades atteintes de carcinome diffus d'emblée ? J'ai l'habitude de dire qu'il existe dans le sein des tumeurs qu'il *faut* opérer, d'autres que l'on *peut* opérer et d'autres qu'il ne *faut pas* opérer. J'estime que le carcinome diffus appartient à cette dernière catégorie. On ne doit enlever un carcinome du sein que s'il y a certitude d'enlever la totalité du mal et même alors vous savez combien la récidive est parfois rapide. Que sera-ce donc si vous n'avez pas la certitude contraire, puisque rien ne vous indique les limites de la néoplasie ? C'est alors que la récidive survient dans la plaie avant la cicatrisation et vous n'avez même pas la consolation de donner à votre malade l'apparence de la guérison. Il n'est pas un chirurgien qui n'ait observé ce résultat lamentable. Je pense donc que l'abstention est de règle dans le carcinome diffus du sein, car loin d'être utile à votre malade, vous lui portez préjudice en lui imposant les sacrifices d'une opération et en abrégeant ses jours.—*Abeille médicale.*

Traitement chirurgical de la péritonite.—M. Lawson Tait rapporte, dans le *British Medical Journal*, neuf cas de péritonite aiguë traités chirurgicalement, en ouvrant largement l'abdomen, lavant ensuite la surface des intestins et les points où se rencontrent du pus ou d'autres liquides, et plaçant ensuite un drainage approprié au niveau du point malade. Tous les malades ainsi traités furent guéris. Le docteur Terrillon, jugeant ce procédé dans la Revue chirurgicale du *Bulletin de thérapeutique*, dit que cette intervention est complètement justifiée par la gravité des lésions et par la nature de l'inflammation et devrait être tentée plus souvent, au lieu de laisser mourir un grand nombre de malheureux qui seraient peut-être sauvés par ce moyen.—*Lyon médical.*

Alcoolisme et gangrène; par Dr Alfred Rouxeau, professeur suppléant à l'École de Médecine de Nantes.

A une des dernières séances de la Société de Médecine, je citais le cas, tout récemment observé par moi, d'un industriel de l'est, qui, étant de passage à Nantes après un long trajet en chemin de fer, fut pris, dès son arrivée dans notre ville, d'un phlegmon diffus du périnée. M. J..., âgé de quarante et quelques années, de bonne santé habituelle, voyageait beaucoup pour ses affaires. Il était habituellement constipé, usait et abusait de l'aloës, et depuis quelque temps déjà éprouvait de temps à autre des douleurs vagues dans le fondement. Le phlegmon, sur les symptômes et la marche duquel je n'insisterai pas ici, se termina par gangrène des téguments et du tissu cellulaire sous-cutané, décollements profonds périrectaux et ouverture secondaire du rectum. Chez cet homme, la tendance à la mortification était si grande que, même après l'arrêt du phlegmon et des accidents gangréneux locaux, il se dé-

veloppa des eschares sur les points les plus habituellement comprimés par le fait du séjour au lit, c'est-à-dire sur le scrotum qui était assez fortement œdémateux et qui disparut dans toute sa moitié droite, laissant à nu le testicule correspondant, et sur la région trochantérienne droite dans une grande étendue. Ces eschares se développèrent avec une rapidité inouïe, rappelant absolument les accidents du décubitus aigu constatés dans certaines lésions de la moëlle et dans quelques cas de fièvre typhoïde adynamique. Elles furent très profondes, au point que le sphacèle du scrotum se prolongea jusqu'à la portion membraneuse de l'urèthre qui fut ouverte dans une notable étendue. La vitalité de quelques autres points des téguments comprimés, bien qu'à un moindre degré, par le séjour au lit, me sembla aussi fort compromise à un certain moment et je suis porté à croire que c'est en partie grâce aux frictions stimulantes que je fis pratiquer presque toutes les heures sur les points suspects, qu'il me fut possible d'éviter d'autres accidents gangréneux. Ce malade n'était point diabétique. Mais, depuis longtemps il absorbait chaque jour, sans s'enivrer du reste, des quantités énormes d'alcool : on peut évaluer à quatre litres en moyenne le vin qu'il prenait entre ses repas, indépendamment de celui qu'il absorbait à table, des apéritifs de toute sorte et de la bière dont il faisait un large usage, et de l'eau-de-vie dont il ne prenait que dans son café, mais à la manière de Normandie. Cet homme était fort, vigoureux, gras, les joues et le nez enluminés et couverts de varicosités capillaires ; les bruits du cœur étaient très faibles. L'état général fut relativement peu grave, la réaction fébrile peu intense chez lui ; il n'y eut que quelques exacerbations momentanées avec sueurs profuses au moment de la formation des eschares. Pendant longtemps je le mis à l'usage quotidien de sulfate de quinine. Il est guéri aujourd'hui en ce sens qu'il ne porte plus que des fistules rectales, nombreuses et profondes, dont la guérison complète sera bien difficile, je le crains, et bien longue.

Dans les mêmes jours, par une de ces coïncidences singulières qu'il n'est pas rare cependant de rencontrer dans le cours de la pratique médicale, un fait analogue était observé par mon ami le Dr de Larabrie. Il s'agit d'un homme dans une situation aisée, tout récemment retiré des affaires, âgé de soixante et quelques années, d'apparence robuste et de bonne santé antérieure. Cet homme était incontestablement alcoolique invétéré. Quatre ans auparavant, il avait eu un abcès de la marge de l'anus qui s'était parfaitement guéri ; tout récemment, enfin, il s'était beaucoup fatigué par des courses prolongées et des stations debout nullement proportionnées à ses forces. Sur ces entrefaites il fut pris d'un peu de gonflement et de douleur à la région anale avec gêne de la marche. Au bout de cinq jours, l'aggravation des phénomènes locaux, l'apparition de rétention d'urine et de fièvre forcèrent le malade à s'aliter. Lorsque M. de Larabrie le vit pour la première fois, c'est-à-dire le soir de ce cinquième jour, il put porter le diagnostic de phlegmon diffus de la fosse ischio-rectale gauche ; le scrotum et la verge présentaient un volume énorme et l'état général était mauvais. Une incision large et profonde donna issue à un vérre environ de sanie gangréneuse infecte, collectée dans un vaste foyer qui remontait à dix centimètres au moins en dehors et en arrière du rectum. Le lendemain, des plaques de sphacèle apparaissaient sur le scrotum et la verge, et malgré de larges débridements pratiqués dans cette région, la tuméfaction et la

rougeur s'étendirent, envahirent la région iliaque et l'hypochondre gauche : de petites eschares apparurent sur les flancs ; l'état général s'aggrava et le malade s'éteignit dans un état adynamique et dans un demi coma, dix jours après l'apparition de la première douleur, cinq jours après la constatation du phlegmon diffus. L'examen des urines, pratiqué par M. Andouard, montra des traces de glycose, moins d'un gramme par litre. Disons qu'aucun antécédent du malade ne pouvait faire porter le diagnostic de diabète antérieur.

Ainsi donc, phlegmon diffus gangréneux des fosses ischio-rectales survenu chez des hommes vigoureux, ayant dépassé l'âge moyen de la vie, ayant eu tous les deux depuis plus ou moins longtemps une existence active et fatigante, tous les deux enfin, ayant en antérieurement quelques petites misères du côté de l'extrémité inférieure du rectum, tel est le sommaire de ces deux observations qui me paraissent pouvoir rentrer dans cette catégorie de cas signalés en 1879 par M. Furneaux Jordan, comme étant le propre des hommes gras, lourds, parvenus à l'âge moyen de la vie, grands mangeurs et grands buveurs, actifs, toujours en mouvement, et exposés au froid et à l'humidité.

Voici comment il est possible, du reste, d'établir dans ces deux cas l'enchaînement des faits : mauvais terrain crée par l'alcoolisme, *locus minoris resistentiæ* manifestement établi du côté du rectum, enfin cause occasionnelle fournie par la fatigue.

Les traces de glycose constatées dans l'urine de l'un des deux malades, quelques heures avant l'issue fatale, ne me paraissent pas de nature à modifier le diagnostic. La glycosurie ne me paraît là qu'un épiphénomène, un accident absolument fortuit. Car si, d'une part, il est impossible de nier un diabète antérieur par le seul fait de l'absence de symptômes diabétiques antérieurs, il est non moins vrai, d'autre part, qu'il existe des faits, assez rares du reste, de glycosurie consécutive à la gangrène ; d'autre part, ces deux malades étaient manifestement alcooliques et alcooliques invétérés, et l'influence de l'alcoolisme comme cause prédisposante efficace de sphacèle est nettement établie aujourd'hui.

Les premiers faits de gangrène alcoolique furent signalés peu de temps après la découverte des gangrènes diabétiques, c'est-à-dire vers 1856. C'est Marchal, de Calvi, qui semble avoir le premier décrit les unes et les autres. Depuis cette époque les observations se sont multipliées, et il est acquis aujourd'hui que l'intoxication alcoolique chronique prédispose singulièrement à la gangrène et au phlegmon diffus, que les plaies les plus légères, le simple décubitus un peu prolongé, peuvent devenir, chez les alcooliques, l'occasion d'accidents terribles, d'eschares à marche rapide au sacrum et au trochanter, d'ulcérations phagédéniques, de septicémie gangréneuse aiguë, etc. Cette influence de l'alcoolisme n'a rien qui doive étonner. On connaît les lésions constantes de l'appareil circulatoire, des petits vaisseaux surtout, et les troubles de nutrition générale qu'il provoque. La nutrition est, en effet, ralentie chez les alcooliques, comme le démontrent l'abaissement de la température chez eux, l'augmentation de l'acide urique dans les urines, etc.

Bien plus, en 1877, au Congrès du Havre, M. Verneuil, dans une magistrale communication, admit que l'alcoolisme semble avor une influence peut-être encore plus puissante que le diabète, le meilleur ter-

rain pour le développement du sphacèle paraissant d'ailleurs constitué par la réunion de ces deux intoxications, c'est-à-dire chez les alcoolo-diabétiques. Ladevèse, en 1867, était allé plus loin encore en soutenant que la diathèse phlogoso-gangréneuse née sous l'influence du diabète ne peut pas seule arriver à son point de manifestation et qu'il lui faut l'intervention d'une autre diathèse, l'alcoolisme en particulier. C'est la théorie à laquelle s'est rattaché mon ami et ancien collègue des hôpitaux de Paris, Girou, d'Aurillac, dans un travail fort étudié auquel j'ai emprunté la plupart des renseignements qui précèdent, Girou croit que la gangrène ne se voit guère, chez les diabétiques, que lorsqu'il y a concomitance d'alcoolisme ou de sénilité. L'analyse de plus de cent vingt cas lui a permis de tirer cette conclusion.

Nous résumerons notre pensée sur cette question des rapports de l'alcoolisme et de la gangrène et nous conclurons que : 1° les gangrènes considérées jusqu'aujourd'hui comme diabétiques paraissent être, la plupart du temps, des gangrènes alcoolo-diabétiques; 2° l'alcoolisme et la gangrène, pris isolément, ont certainement une influence pathogénique bien moindre; 3° mais les faits de gangrène purement alcoolique existent, plus nombreux peut-être et plus positifs que ceux de gangrène purement diabétique. On ne peut, à mon avis, en appeler, contre l'existence des gangrènes alcooliques, à la rareté de ces accidents comparée au nombre considérable des alcooliques ou réputés tels. On pourrait tout aussi bien répondre que la gangrène est bien plus rare encore étant donnée l'espèce humaine en général. On ne peut arguer non plus des quelques succès opératoires obtenus chez des alcooliques. M. Albert Malherbe citait dernièrement, à la Société de Médecine de Nantes, le cas d'un vieil ivrogne qui ne passait pas un seul jour sans se griser abominablement et qui fut un jour écrasé par un tombereau : le genou fut broyé, et l'épaule, ainsi que le bras, dépouillé dans une notable étendue. Il fallut lui amputer la cuisse; la réunion se fit par première intention et le blessé guérit parfaitement. Le même argument a été formulé dans le temps, et avec plus de fondement peut-être, contre l'existence des gangrènes diabétiques : les cas sont forts nombreux aujourd'hui de diabétiques opérés heureusement.

Quant à la question de la contre-indication opératoire créée par l'alcoolisme, question soulevée à cette même séance de la Société de Médecine de Nantes, il me semble qu'ici, comme partout en médecine, il faut faire la part des circonstances et bien peser, avant toute détermination, dans un sens ou dans l'autre, les risques que fait courir aux malades l'intervention chirurgicale, et les conséquences qui peuvent résulter de la non-intervention. Du reste, et ceci paraîtra peut-être un paradoxe après ce que nous avons dit plus haut, il nous semble que le diabète doit continuer à tenir le premier rang, comme contre-indication opératoire. Il est si difficile, en effet, d'arriver à la connaissance exacte des antécédents alcooliques de ces malades qu'il serait imprudent, lorsqu'on a affaire à des diabétiques, tout au moins à des diabétiques mâles d'un certain âge, de se fier à leur parole quand il s'agit d'entreprendre chez eux une opération chirurgicale.—*Gaz. méd. de Nantes.*

Barbocci recommande, dans les cas d'anciens ulcères fétides, un mélange de parties égales de camphre et de charbon animal.—*Medical Age.*

Du cancer chez les syphilitiques.—Dans cette thèse, faite sous l'inspiration du professeur Verneuil, M. OZENNE arrive aux conclusions suivantes :

1° L'association du cancer et de la syphilis constitue un état mixte, une hybridité pathologique bien définie.

2° Dans la cavité buccale (langue, amygdale, etc.), elle se caractérise par des signes physiques qui peuvent revêtir trois formes : 1° forme cancéro-scléreuse ; 2° forme cancéro-gommeuse ; 3° forme cancéro-sclérogommeuse, et par des symptômes fonctionnels particuliers.

3° En général le diagnostic en est le plus souvent facile ; il se déduit de la solution des questions suivantes : 1° Quelle est la nature de la tumeur ? 2° Quelle est la nature de l'ulcération ? 3° Si cette dernière est multi-diathésique, quelle est la variété de l'hybridité ?

4° Le traitement ioduré produit une amélioration momentanée évidente.

5° Dans les autres régions du corps, l'hybridité se rencontre également, mais ses caractères paraissent moins nombreux et moins accusés ; ils sont d'ailleurs en rapport avec l'état anatomique de la partie affectée.

6° Envisagée au point de vue général, la question montre qu'il existe, dans quelques cas, une relation intime entre le cancer et la syphilis ; chacune des deux diathèses, en s'influençant réciproquement, donne lieu à des manifestations hybrides.

Le cancer rappelle la syphilis, sans paraître lui communiquer de gravité.

La syphilis crée des lieux de moindre résistance, qui favorisent le développement du cancer, dont elle modifie la physionomie habituelle, et agit sur les troubles fonctionnels, en particulier sur la douleur, qu'elle atténue ou abolit. Après avoir provoqué l'apparition du néoplasme, elle en retarde pendant quelque temps la marche. Mais, plus tard, elle disparaît de la scène et laisse le champ libre au cancer, qui reprend tous ses droits.—*Gazette médicale de Strasbourg.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Conception après l'ovariotomie bilatérale.—Dans la séance du 11 juillet 1884 de la Société de Gynécologie de Berlin (*Centralblatt f. Gynækologie*, n° 45), M. le professeur SCHROEDER avait décrit une nouvelle méthode d'ovariotomie, consistant à enlever seulement les parties dégénérées de l'organe dans les cas où les deux ovaires sont malades, et à conserver la portion restée saine, et il avait rapporté à cette occasion six cas de cette opération (1 décès ; la patiente était hémophilique). Schroeder avait adopté cette ligne de conduite, afin de laisser aux patientes au moins la *possibilité* de devenir encore mères. Bien que chez les cinq patientes qui survécurent, la menstruation continuât, aucune d'elles ne devint enceinte. Or, le professeur SCHATZ, de Rostock, vient de rapporter un cas d'ovariotomie double, où la conception a eu lieu quand même. (*Centralblatt f. Gynækologie*, 1885, n° 23).

Il s'agit d'une jeune fille de 20 ans, atteinte d'un kystome de l'ovaire gauche, qui remontait jusqu'au rebord costal. L'opération fut faite le

20 février 1880. L'ovaire gauche fut extirpé en entier, avec le tiers externe de la trompe de Fallope. On constata en outre que l'ovaire droit avait le volume d'une grosse noix avec dégénérescence kystique manifeste des follicules. Trois ligatures en masse furent placées à la base de l'ovaire, à travers le ligament large, et l'organe fut réséqué au-dessus de ces ligatures; on n'en laissa subsister qu'une portion large de 2 millimètres au plus, qu'on abandonna dans la cavité abdominale. La menstruation reparut le 9 mai et continua ensuite régulièrement.

La patiente se maria le 2 avril 1884. Les règles se montrèrent pour la dernière fois au commencement du mois d'août; les signes de grossesse apparurent au commencement de septembre, et le 12 mai 1885, la malade accoucha d'une fille à terme.

L'examen des tumeurs ne laissa pas de doute que l'ovaire gauche eût été extirpé en entier et l'ovaire droit en grande partie; l'oviducte droit avait été conservé. L'auteur est d'avis qu'il n'y a aucun motif d'admettre l'existence d'un troisième ovaire. Une circonstance qui rend le fait de la conception dans ce cas encore plus intéressant, c'est que la portion restante de l'ovaire avait été séparée du ligament large par trois ligatures en masse, à travers lesquelles l'alimentation du moignon avait continué à se faire.—*Journal d'accouchements.*

Traitement du placenta prævia.—Le Dr Malcolm McLean, dans une note lue à l'Académie de Médecine de New-York, a posé les conclusions suivantes au sujet de la conduite que doit tenir l'accoucheur dans un cas de placenta prævia:

1. Dans tous les cas, éviter l'emploi des astringents chimiques.

2. Si, dans un cas donné, l'hémorrhagie semble constituer le principal danger, il faut être prêt à pouvoir provoquer l'accouchement prématuré.

3. Dans le cas d'une primipare, chez laquelle les tissus sont plus ou moins rigides, le vagin doit être distendu au moyen du tampon ou autrement, jusqu'à ce que la dilatation du col se soit produite.

4. Il est plus sûr de pratiquer cette dilatation au moyen du dilatateur de Barnes que de la laisser se faire par la tête du fœtus.

5. Quand le placenta est inséré latéralement (en tout ou en partie), et qu'il n'est pas indiqué d'accélérer le travail, on peut avoir recours à la méthode de Braxton Hicks, qui consiste à faire la version aussitôt que possible, par la méthode bi-manuelle, attirer en bas une jambe du fœtus et s'en servir (ainsi que du siège) comme d'un tampon sur les vaisseaux béants, et ensuite laisser l'expulsion de l'enfant se faire par les seules forces de la nature, aidées peut-être par une légère traction.

6. Quand c'est la tête qui se présente et que l'os est dilaté ou dilatable, rupturez les membranes.

7. La version podalique doit être préférée au forceps quand la tête n'a pas encore franchi le col, surtout si celui-ci est sec.

8. Le tamponnement vaginal complet peut être pratiqué dans les cas où l'on n'a pas autre chose sous la main.

9. Les dangers d'empoisonnement septique par l'emploi judicieux de tampons et de dilatateurs sont si légers qu'ils ne méritent pas qu'on s'y arrête.

10. Chaque fois que la chose est possible, la délivrance doit être faite avec promptitude.

11. Il faut avoir le plus grand soin de ne pas infecter le système de la mère au moyen de détritus septiques etc, et, pour cela, observer toutes les règles de la plus scrupuleuse propreté.—*Weekly Medical Review.*

Des injections vaginales après le travail.—Le Dr Cushing écrit de Berlin au *Boston Medical and Surgical Journal* que les injections vaginales après le travail sont maintenant mises de côté dans toutes les institutions de quelque renom, en Allemagne. Des hommes tels que Schrœder, Gusserow, Winkel, Auman qui les employaient naguère, les ont aujourd'hui abandonnées, non seulement à cause du mal qu'elles produisent quelquefois, mais surtout parce que les mesures prophylactiques prises avant l'accouchement sont couronnées d'un tel succès que les injections deviennent inutiles; de fait la mortalité post-puerpérale est actuellement réduite à bien peu de chose. Les mesures prophylactiques en question se résument comme suit: après un bain et un lavage consciencieux de tout le corps, surtout des parties génitales, avec eau et savon, on emploie les douches vaginales avec une solution de sublimé à 1 p. 5,000, tandis que les parties externes et l'entrée du vagin sont lavées avec une solution à 1 p. 1,000. Chaque fois que, dans le cours du travail, il devient nécessaire de faire un examen, on emploie subséquemment la douche à 1 p. 5,000. Vers la fin du travail, on oint la vulve de glycérine au sublimé (1 p. 1,000.) La femme accouche sur le côté d'après la méthode anglaise introduite par Gusserow, et le cordon n'est lié que quand il cesse ou a cessé de battre.

Quand le placenta n'est pas promptement expulsé, on l'exprime par la méthode de Crédé, on administre de l'ergot, puis on lave le vagin avec la solution de sublimé à 1 p. 5,000. S'il y a eu quelqu'intervention manuelle ou instrumentale, on lave aussi la cavité utérine. Finalement la vulve est lavée au moyen de la solution au 1,000. Après cela, on ne pratique plus de douches. Les soins de propreté et le lavage quotidien de la vulve avec la solution à 1 p. 1,000 suffisent. On prend le plus grand soin d'éviter l'infection du système, soit par l'intermédiaire du médecin soit par celui de la garde. Tous deux doivent se laver soigneusement les mains et les avant-bras, tant avant que pendant et après la délivrance; avant de faire un examen la main est aussi passée dans une solution de 1 p. 1,000. Cette main n'est pas essuyée, mais, encore humide, on l'enduit d'huile douce.—*Weekly Med. Review.*

Coccyodynie; résection du coccyx.—Clinique de M. Tillaux à l'Hôtel-Dieu.—Je désire vous entretenir aujourd'hui d'une malade atteinte d'une affection très rare, peu connue dans son essence, que beaucoup d'entre vous probablement n'ont pas observée, dont la guérison est difficile, et pour laquelle je vais pratiquer une opération que je n'ai jamais faite ni vu faire.

Il s'agit d'une jeune femme de 24 ans qui m'a été adressée par un confrère de province, le Dr Michon, de Belabre (Indre). Après l'avoir soignée de longs mois sans résultat, il l'a envoyée d'abord à l'hôpital de Poitiers, où l'on n'a pas été plus heureux; puis il me l'a adressée à l'hôpital Beaujon, où elle est entrée le 1er novembre 1884. Quand je

suis venu à l'Hôtel-Dieu, elle a demandé à me suivre, et c'est ainsi qu'elle est dans mon service depuis plus de sept mois. Tout ce que j'ai pu faire pour elle durant ce laps de temps a échoué, et le moment est venu d'une intervention plus active.

Les antécédents héréditaires et personnels de cette femme sont excellents, son père a une bonne santé ; sa mère est morte en quatre jours, à 39 ans, d'une maladie aiguë ; elle a trois sœurs qui sont bien portantes ; elle-même n'a jamais été malade. Elle a été réglée à 13 ans facilement, et—c'est ici que commence la partie intéressante de son histoire—elle s'est mariée à 20 ans. Devenue enceinte presque aussitôt, elle a accouché, le 5 décembre 1882, debout, appuyée contre un meuble. Après l'aacouchement, qui n'a pas eu de suites fâcheuses immédiates, elle s'est mise au lit. Mais le lendemain et les jours suivants elle est restée levée deux ou trois heures ; le cinquième jour elle a donné un repas de famille pour lequel elle a vaqué à toutes les occupations du ménage. Le huitième jour, c'est-à-dire le 13 décembre, elle a été prise de coliques violentes, de douleurs dans le ventre qui l'ont obligée à s'aliter, et depuis elle ne s'est plus relevée.

Ainsi, l'origine de l'affection semble nette : c'est un accouchement dans des conditions anormales et l'absence de soins consécutifs.

Elle éprouvait, surtout en allant à la selle, des douleurs très violentes dans le ventre et dans le bassin, et ces crises douloureuses étaient si vives qu'elle croyait mourir : elle souffrait plus que pour accoucher. Le médecin de la localité ordonna le repos et mit en œuvre les cataplasmes, les vésicatoires, tout ce qu'il est d'usage d'employer en pareille circonstance. Les douleurs ne disparurent pas, et pendant seize mois elle resta en traitement entre les mains du Dr Michon, qui s'occupait surtout de l'utérus.

Voyant que la malade souffrait de plus en plus, que chaque selle provoquait des douleurs paroxystiques qui duraient plusieurs heures, il l'envoya à l'hôpital de Poitiers. Là, on crut à une fissure à l'anus ou à une contracture des sphincters analogue à celle que provoque la fissure, et l'on pratiqua la dilatation forcée, deux fois en trente-cinq jours ; on fit même la cautérisation de l'anus avec le nitrate d'argent. Tout cela n'eut d'autre résultat que d'augmenter les douleurs. C'est alors que la malade revint à Paris. J'ai essayé un certain nombre de traitements et surtout le repos prolongé, cet adjuvant si puissant de beaucoup de médications. J'ai attendu sept mois et les douleurs ont augmenté plutôt qu'elles n'ont diminué. Au reste, voici quel est l'état actuel.

Cette femme se plaint de souffrir dans le bassin, dans les régions anale et sacro-coccygienne. L'examen le plus attentif, l'exploration la plus minutieuse de l'anus, du rectum, de la vulve, de l'urèthre, de la vessie et de l'utérus ne donne pas la moindre indication sur les causes de la maladie. Tous les organes paraissent absolument sains et ne présentent aucune lésion matérielle appréciable. Seule la peau, au niveau de la pointe du coccyx, offre une dépression assez profonde, congénitale, vestige d'une disposition transitoire qu'il n'est pas rare de rencontrer chez l'homme comme chez la femme, et qui n'a pas de rapport avec l'affection actuelle.

Donc absence de signes physiques ; tout se borne à un symptôme, à un seul, très prononcé : la douleur. Elle est spontanée et provoquée.

Elle est spontanée en ce sens qu'elle est constante, tandis qu'au début elle était paroxystique et laissait des moments de répit. Il semble à la malade qu'elle a un poids dans le rectum, qu'on la pique ou qu'on la ronge dans la région de l'anus. Cette douleur s'exagère si la malade se lève, marche, tousse, s'assied ou va à la selle. Elle n'est pas absolument fixe, elle s'irradie vers le sacrum et les fosses iliaques. On l'augmente par la pression sur l'articulation sacro-coccygienne, exercée soit en arrière sur les téguments, soit en avant par le toucher rectal. Enfin, si l'on saisit le coccyx entre les doigts, on lui imprime des mouvements sur le sacrum, et cette mobilité est un peu plus grande qu'on ne le rencontre d'ordinaire, sans que je la croie pourtant liée à l'affection qui nous occupe.

Dans ces circonstances, il est étonnant de voir que la santé générale s'est conservée. La malade a bonne mine, elle n'a pas maigri, elle digère bien, elle dort quand elle trouve une position favorable en se couchant sur le côté de façon à faire porter le poids du corps sur une tubérosité de l'ischion; elle est réglée régulièrement et sans douleur. Enfin, on ne peut dire qu'elle soit nerveuse; elle est énervée par ses longues souffrances, mais elle n'a jamais eu de crise hystérique, d'hypéresthésie, etc.

A quelle affection avons-nous affaire? Il est difficile de répondre. En réalité, nous n'en savons rien : nous ne constatons que de la douleur sans lésion organique appréciable et nous disons que la malade a *une douleur du coccyx* ou, d'un mot, une *coccyodynie*. Cette affection, bien qu'elle ait existé sans doute de tout temps, n'a appelé l'attention que depuis 1844, époque où elle a été signalée par un médecin américain, Mott, de Mobile, qui a appliqué à son traitement une opération sur laquelle je reviendrai tout à l'heure.

Plus tard Simpson, d'Edimbourg, la fit connaître dans ses leçons et dans un mémoire (1861-63). Vers la même époque, Scanzoni en Allemagne (1863), Hoerschelman en Russie, en publiaient des observations (1862). Jencks (1873), Allingham (1876) et, chez nous, Nélaton, Dolbeau, Gosselin en ont également rapporté plusieurs cas. Toutefois la cause en est encore inconnue. Il semblerait que c'est le traumatisme de l'accouchement qui aurait agi sur une fibre nerveuse, car la maladie a toutes les apparences d'une névralgie, sauf qu'elle est continue—mais la lésion matérielle n'a pas été découverte. Si l'on a observé des cas analogues chez l'homme ou chez l'enfant, il s'agissait d'une névralgie de la région coccygienne ou sacrée qui n'avait qu'une courte durée; mais une affection qui se prolonge aussi longtemps que celle qui est sous nos yeux, voilà la vraie coccyodynie, et je serais disposé à admettre qu'elle est propre à la femme, consécutive à l'accouchement et résulte d'un traumatisme sur la région sacro-coccygienne.

Qu'allons-nous faire à notre malade? D'abord on avait pensé que la métrite chronique, consécutive à l'accouchement, pouvait être la cause de l'affection, et l'on avait institué le traitement approprié; aujourd'hui le col de l'utérus, qui était en effet un peu gros, est tout à fait sain. Nous avons eu recours aux injections hypodermiques, aux pointes de feu, aux pulvérisations de bichlorure de méthyle, etc., sans obtenir aucun résultat. Reste un moyen, employé pour la première fois par Mott, de Mobile : c'est l'ablation du coccyx. Simpson avait d'abord fait une opération, moins grave en apparence et qu'a imitée

Nélaton : je veux parler de la section des parties molles sur les côtés du coccyx, dans le but de couper les filets nerveux. Mais ses malades ne guérirent pas et il dut recourir à la résection. Scanzoni, Allingham ont fait également avec succès l'ablation du coccyx et c'est cette opération que je vais pratiquer. Je ne saurais vous dire si elle est difficile ou non, mais voici comment je compte procéder. La malade étant couchée sur le côté droit, afin que mon indicateur gauche puisse pénétrer dans le rectum pour me servir de point d'appui et repousser l'os en arrière, je ferai une incision médiane dépassant de un centimètre en haut l'articulation sacro-coccygienne en bas de la pointe du coccyx. J'arriverai couche par couche presque sur l'os en divisant le ligament postérieur de l'articulation. Avec la rugine ou le bistouri, je détacherai les parties molles et avec un ciseau et un maillet je désarticulerai le coccyx que j'attirerai en arrière avec un davier pour détacher le sphincter externe et les ligaments latéraux en évitant de blesser le rectum. Loin de chercher à faire une résection sous-périosée sur le côté, j'enlèverai au contraire quelque peu des parties molles, afin de détruire aussi quelques filets nerveux. L'opération achevée, nous laverons la plaie avec la solution phéniquée forte et nous terminerons par le drainage et la suture.—*Praticien.*

Lactation insuffisante, ses causes. Influence des médicaments ; par Th. Dolan (anal. *in. Allgem. Wiener med. Zeitung*, 3 février 1885).—Voici les propositions qu'émet l'auteur d'après ses expériences :

1o. Toute action thérapeutique sur la sécrétion lactée n'est possible que par le sang ;

2o. Toutes les liliacées, les crucifères, les solanées, les ombellifères, passent dans le sang et le lait ;

3o. Il n'y a pas de galactogènes véritables ; l'action du jaborandi est incertaine ;

4o. La belladone est un antigalactogène ;

5o. La proportion des sels du lait peut être augmentée par des médicaments ;

6o. Les diurétiques, les purgatifs, etc., peuvent être administrés à l'enfant par le lait maternel ;

7o. Les moyens diététiques et hygiéniques améliorent la quantité et la qualité du lait.

Les causes de la lactation insuffisante sont :

1o. La formation insuffisante des utricules glandulaires ou des épithéliums. Ici le traitement est impuissant. La pléthore générale est supprimée par la diète et l'huile de ricin ;

2o. La torpidité de la mamelle : électricité, cataplasmes chauds, ventouses ;

3o. Anémie et alimentation insuffisante.

Dolan attache une grande importance à la carie dentaire ; il considère la population campagnarde comme très saine sous ce rapport et les femmes peuvent allaiter le plus souvent.—*France médicale.*

Traitement du cancer de l'utérus.—La question du cancer de l'utérus, qui a été soulevée dernièrement à la Société de chirurgie, est assez complexe, et l'on ne peut dès lors s'étonner qu'elle ait donné lieu à des appréciations très diverses de la part des membres de cette

Société dont quelques-uns, et parmi les membres les plus éminents, ont préconisé hautement l'extirpation totale ou simplement des opérations partielles, en apportant des observations probantes à l'appui de cette manière de voir. M. SIREDEY admet qu'il est incontestable que, dans certains cas, une opération radicale peut amener une guérison, sinon complète dans le sens absolu du mot, au moins assez durable, et permettant une survie assez longue pour la justifier; et, pour ne citer qu'un fait, il a parmi ses clientes une malade ainsi opérée par M. Verneuil, il y a plus d'une année, d'un cancer du col dont la nature a été vérifiée histologiquement, et chez laquelle on n'observe pas jusqu'ici la moindre menace de récidive.

Toutefois, les faits dans lesquels une intervention chirurgicale de ce genre est utile sont extrêmement rares, et cela pour deux raisons: c'est tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, le médecin n'est consulté que lorsque la lésion est beaucoup trop avancée pour qu'une opération radicale puisse être raisonnablement tentée; c'est ensuite qu'à l'époque où l'intervention serait sûrement utile, le diagnostic est encore très difficile. M. Lucas-Championnière a fait remarquer à ce propos, dans cette discussion, qu'un certain nombre d'ulcérations simples du col avaient été certainement enlevées comme cancéreuses, alors qu'un traitement médical eût pu montrer qu'elles étaient sans gravité. M. Siredey partage absolument cette manière de voir et estime que c'est là un côté de la question sur lequel on ne saurait trop insister, car il est impossible de ne pas reconnaître que la vulgarisation de l'opération du cancer du col utérin constituerait un danger réel pour les malades, en ce sens que, dans des mains trop hardies ou même peu scrupuleuses, elle perdrait bien vite son caractère d'opération d'exception et les occasions de la pratiquer se multiplieraient certainement de la façon la plus regrettable. Il est permis de rappeler, sans froisser aucune susceptibilité honorable, que l'on a vu parfois des opérateurs, d'ailleurs très habiles, extirper un fragment de la luette destiné à jouer le rôle du polype du larynx si souvent diagnostiqué; n'est-il pas à craindre aussi, le fait s'est déjà vu, que l'extirpation d'un fragment du col ne rentre dans la même catégorie d'opérations utilitaires, avec cette différence toutefois que l'action chirurgicale est ici beaucoup plus dangereuse que dans le premier cas?

Cette raison ne suffirait évidemment pas pour faire proscrire en principe une opération dont l'utilité serait incontestable; mais ses avantages sont très discutés et ses indications se présentent si rarement d'une manière formelle qu'il n'y a pas d'intérêt pour les malades à ce qu'elle se généralise, d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, des pansements bien faits et des soins hygiéniques bien compris donnent des résultats aussi avantageux sans faire courir au malade les risques d'une intervention opératoire souvent très dangereuse.

Voici d'ailleurs les moyens employés le plus souvent par M. Siredey dans les cas de cancer du col. Les cautérisations avec les caustiques légers tels que la teinture d'iode ou le nitrate d'argent doivent être proscrites, car elles ont l'inconvénient d'irriter les parties malades et de provoquer de la douleur et de la congestion sans avoir d'efficacité bien certaine contre la marche envahissante de la lésion. Elles jouent ici le même rôle que les substances irritantes sur les épithéliomas de la langue et des lèvres, qui ne font que favoriser l'extension du mal

et lui donnent un véritable coup de fouet. Ce n'est que dans les formes végétantes et qui s'accompagnent d'hémorrhagies, que les cautérisations doivent être employées, et il faut alors qu'elles soient énergiques et réellement destructives. Le fer rouge, l'acide chromique concentré ou, dans quelques cas, le caustique Filhos, remplissent alors parfaitement le but. M. Siredey a arrêté ainsi bien souvent, avec trois ou quatre applications de fer rouge, d'une façon définitive, des hémorrhagies menaçantes pour la vie à bref délai.

Quant à l'acide chromique concentré, son emploi doit être entouré de grandes précautions: les attouchements doivent être faits au moyen d'un tampon d'ouate plongé dans l'acide et exprimé avant son application; puis la cautérisation est suivie d'une injection à grande eau, car le liquide caustique peut fuser le long du spéculum et amener des inflammations graves. Cette dernière précaution est absolument indispensable, si l'on veut être assuré d'éviter les accidents qui rendent cette pratique assez délicate. Elle doit être renouvelée après chaque cautérisation et faite très largement.

En même temps, les injections détersives et antiseptiques doivent être employées d'une façon très régulière. M. Siredey prescrit habituellement la solution suivante:

Acide phénique cristallisé	25	grammes
Essence de thym.....	5	—
Alcool.....	150	—

Une ou deux cuillerées à café de cette solution pour une injection.

Après chaque injection, un tampon de ouate hydrophile, imbibé d'une solution de chloral au trentième, est introduit le plus profondément possible, en contact avec l'ulcération; ce tampon doit être renouvelé une ou deux fois par jour suivant l'abondance et la fétidité de l'écoulement.

Sous l'influence de ces pansements faits méthodiquement, on voit les parties se déterger, l'écoulement fétide se modifier, et les surfaces ulcérées prendre l'aspect d'une plaie de bonne nature. Dans quelques cas, même un commencement de cicatrisation peut se produire, sans qu'on puisse voir là, cependant, l'indice d'une guérison sur laquelle il n'est guère permis de compter. Néanmoins, les symptômes de l'affection sont tellement amendés que le résultat est certainement supérieur ou tout au moins équivalent à celui que donnerait une opération partielle.

Il est une remarque importante à faire, au point de vue de l'emploi du tamponnement pour combattre les hémorrhagies. Dans certaines formes de cancer qui ont été décrites sous le nom d'*ulcus rodens* et étudiées en particulier par Aran, les parois du col et même du corps sont en quelque sorte rongées par la lésion de telle sorte qu'elles ne constituent plus qu'une coque mince recouvrant une vaste caverne et sont susceptibles de se rompre sous le moindre effort. Il est donc nécessaire, quand on soupçonne cet état particulier, de ne placer qu'un tampon médiocrement serré et qui ne puisse donner lieu à un semblable accident.—*Journal de la Santé publique.*

Diagnostic de la gonorrhée chez la femme.—A une récente séance de la *Société d'Obstétrique et de Gynécologie* de Paris, M. MARTINEAU a indiqué un moyen facile de diagnostiquer, chez la femme, la blennorrhagie de la vaginite simple. Ce moyen consiste dans la réaction chimique du pus. Ce pus est toujours acide dans la vaginite spécifique, tandis qu'il est alcalin dans la forme simple, un morceau de papier tournesol devra donc règler la question. Dans les cas de viol supposé, ce signe devient très important, attendu que si la vulvite s'accompagne d'un écoulement purulent acide il devient évident qu'elle est de nature blennorrhagique.

PÆDIATRIE.

La pleurésie chez les enfants et son traitement; d'après le Dr V. SIMMONDS, dans le *Practitioner*.

Un très grand nombre de cas de pleurésie chez les enfants sont secondaires; ils arrivent souvent après la scarlatine, la pneumonie lobaire et lobulaire, à la suite des maladies de la cage osseuse du thorax, de la fonte purulente des ganglions lymphatiques dans la tuberculose.

100 cas observés par l'auteur se répartissent de la manière suivante:

Consécutifs	à la pneumonie	14
—	à la scarlatine	14
—	à la tuberculose	12
—	à la rougeole	8
—	au traumatisme	6
—	à la fièvre typhoïde	5
—	à la carie des os	2
—	à la coqueluche	2
—	à la diphthérie	
—	au kyste hydatique du foie	
Primitifs		26

Sur 240 observations, 140 furent prises chez des petits garçons, 100 chez des petites filles (130 de 5 ans et au-dessous, 82 entre 5 et 10 ans, 38 entre 10 et 15). Sur 175 cas, 103 étaient à gauche, 65 à droite, 7 des deux côtés. Le pronostic dépend un peu de l'affection primitive, beaucoup de l'état de santé de l'enfant. Les cas non compliqués chez les enfants très développés sont d'un bon pronostic, surtout dans les cas où une opération n'a pas été faite. L'aspiration pour décider entre l'infiltration et l'exsudation est un secours très utile dans le diagnostic. Quand il est possible d'opérer, l'intervention est positivement indiquée, dans le cas où il n'y a pas eu perforation dans la substance du poumon, et que les circonstances ne permettent pas d'espérer la guérison spontanée; même après la perforation, une opération sera faite si l'exsudation ne diminue, si elle devient putride, si l'état général de l'enfant ne s'améliore pas. La ponction aspiratrice est la méthode de traitement la plus incertaine. Des 48 enfants traités par cette méthode, 10 guérirent complètement, la plupart à la suite de l'évacuation du pus par les bronches; chez 20 il fallut plus d'une opération, 16 guérirent, 6 ne furent pas améliorés et 6 autres moururent. —*Revue des maladies de l'enfance.*

De l'érysipèle des enfants.—Conclusions d'une leçon de M. le Dr Descroizilles, à l'hôpital des Enfants-Malades :

L'érysipèle de la face est encore bien plus rarement grave chez l'enfant que chez l'adulte. Je l'ai souvent rencontré en même temps qu'une fièvre assez intense, mais jamais, dans les faits qui se sont présentés à mon observation, il n'a coïncidé avec des troubles nerveux importants. La guérison est presque toujours rapide, mais elle ne survient qu'après une phase de desquamation qui dure quelquefois plus d'une semaine. Cette desquamation a été fortement accentuée chez notre malade, après la seconde comme après la première atteinte, et les larges lambeaux, qui recouvraient les points occupés antérieurement par l'exanthème, avaient le même aspect que ceux qui se forment après l'éruption scarlatineuse.

Si je crois pouvoir affirmer que le pronostic de l'érysipèle facial est bénin chez presque tous les enfants qu'il atteint, je dois ajouter cependant qu'il y a des exceptions à cette règle et que je ne saurais trop souvent rappeler un cas que j'ai plusieurs fois mentionné déjà et dans lequel il s'agissait d'un enfant de 12 à 13 ans qui fut frappé d'ophthalmie purulente, de fonte complète du globe oculaire, à la suite d'un érysipèle des paupières, survenu lui-même pendant la période éruptive d'une scarlatine Fort heureusement, ce fait est à peu près unique, jusqu'à ce jour, dans la science. Je n'ai que peu de mots à dire du traitement de l'érysipèle infantile : les vomitifs et les laxatifs suffisent en général à parer à toutes les indications, et les topiques sont d'une utilité très douteuse. Toutefois, il est sage d'associer les alcalins aux évacuants, lorsque la manifestation cutanée se rattache à la diathèse arthritique. C'est ce que j'ai fait dans le cas actuel, et j'ai donné jusqu'à 3 grammes de bicarbonate de soude par jour.—*Paris médical.*

Trois cas d'ataxie locomotrice chez des enfants.—Ces faits ont été observés par M. B. Remak, à la clinique ophtalmologique du Dr Hirschberg. Le premier est relatif à une petite fille de douze ans. Ses parents étaient syphilitiques depuis longtemps au moment de sa naissance ; elle devint malade à la suite d'une plaie de tête suivie de douleurs pendant la miction, incontinence des matières fécales, vertiges, vomissements, ptosis, diplopie, douleurs lancinantes et diminution de l'acuité visuelle. L'examen ophtalmoscopique montra des deux côtés une atrophie du nerf optique ; le symptôme de Westphal et les troubles sensitifs existaient aux deux membres inférieurs. Amélioration de quelques symptômes par l'iodure de potassium et le nitrate d'argent.

2° Un garçon de quatorze ans, dont les parents n'étaient pas syphilitiques, souffre de douleurs lancinantes, de difficulté pour uriner, de diminution de l'acuité visuelle. Atrophie des nerfs optiques et symptôme de Westphal.

3° Garçon de seize ans, né de parents syphilitiques,—son père présente même des symptômes d'ataxie au début,—se plaint, depuis plusieurs années, de douleurs pour uriner, de douleurs violentes sur le trajet des diverses branches de la cinquième paire, de troubles de la vision ; atrophie des nerfs optiques ; symptômes de Romberg et de Westphal.

L'auteur croit que la syphilis héréditaire a joué le principal rôle

dans l'étiologie. Il émet, en outre, l'opinion que l'ataxie locomotrice est beaucoup moins rare qu'on ne le croit chez les enfants. Par suite de son caractère franchement chronique, il arrive presque toujours que les symptômes du début passent inaperçus.—*Abeille médicale.*

Le tétanos des petits enfants.—Le fait même qu'un grand nombre de causes ont été invoquées pour rendre compte de la première kinésionévrose de la vie, montre bien que pas une de ces causes ne s'impose d'une façon péremptoire. La façon la plus satisfaisante qu'il y ait d'arriver à concevoir correctement cet état particulier, consiste dans l'appréciation de l'état nerveux de l'enfant en général, aussi bien que dans la recherche de l'épine qui, dans chaque cas particulier, a été la cause immédiate de l'irritation.

Le système nerveux, au commencement de la vie, rend compte des phénomènes physiologiques qu'on observe à cette époque. Quoique le cerveau soit comparativement ample dans ses dimensions, son état manque de maturité. Il est mou par le fait de l'immense quantité d'eau qu'il contient, pâle en couleur, avec une substance grise et des circonvolutions peu développées. Aussi les fonctions cérébrales proprement dites existent-elles seulement en expectative, tandis que la moëlle épinière a, dès la naissance, un large développement et une activité fonctionnelle marquée. L'action réflexe, qui est une des propriétés caractéristiques de la moëlle, domine conséquemment l'action volontaire dans les premiers temps de la vie. A cette époque, avec des centres spinaux actifs et facilement irrités; avec une cervelle aqueuse incapable de contrôle et d'énergie, il y a lieu de s'étonner que les troubles réflexes du mouvement ne soient pas encore plus nombreux qu'ils le sont en réalité. Il y a beaucoup de voies par lesquelles les irritants peuvent agir sur un système nerveux instable et produire le tétanos. L'irritation et l'inflammation des vaisseaux ombilicaux ont été notées par un grand nombre d'observateurs. Parmi les autres causes, on compte : un air impur, diverses perturbations atmosphériques, l'état de malpropreté sur la personne et dans l'habitation, les violences subies par l'axe cérébro-spinal pendant la parturition et enfin la méningite. On croit, depuis ces derniers temps, qu'un prépuce adhérent peut devenir un facteur de la maladie. En 1846, le Dr Marion Sims a, le premier, avancé cette idée que le tétanos était dû à une pression des centres nerveux, causée par le déplacement en dedans de l'os occipital, et le Dr J. F. Martigan a appuyé récemment cette idée de Marion Sims sur des observations et des autopsies. Beaucoup d'observateurs excellents n'ont pourtant pas été capables de découvrir un déplacement notable de l'os occipital au commencement de la maladie, et il est probable que le *tetanos infantum* a, dans beaucoup d'autres cas, des causes différentes. Il semblerait naturel d'attacher la plus grande importance à rechercher si un trauma n'a pas été l'origine de tout, ou s'il n'y a pas quelque part une épine par laquelle l'excitation est entretenue et qu'il faudrait s'efforcer d'écarter.—*N.-Y. Medical Record.*

De l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles de l'enfance.—L'amygdalite est une cause fréquente et trop souvent méconnue des accès de fièvre qui surviennent chez l'enfant. Lorsqu'un accès de fièvre survient chez l'enfant, et qu'un examen

attentif a permis au clinicien d'exclure toute affection inflammatoire des trois grandes cavités splanchniques, il est souvent tenté de se payer de mots, et le terme *fébricule* arrive aussitôt sur la lèvre. Dans les cas de ce genre, bien que l'enfant ne se plaigne en aucune façon de sa gorge, il trouvera à l'examen de cet organe l'explication de l'accès; il constate souvent alors une inflammation des amygdales qui lui donne l'explication des symptômes fébriles. Souvent la douleur et les signes objectifs de l'inflammation gutturale ne se manifestent que deux ou trois jours après le début des accès fébriles.

L'accès peut débuter par un état de langueur, la perte de l'appétit, ou bien par des vomissements et même des convulsions. Au début, à l'examen de la gorge, on constate simplement de la rougeur, accompagnée d'un léger gonflement de la luette et des amygdales qui ne tardent pas à se recouvrir d'une sécrétion purulente et à présenter tous les caractères de l'amygdalite folliculaire. Le traitement de ces accès aigus ne présente pas d'indications spéciales, mais dans les cas d'hypertrophie l'ablation des amygdales est formellement indiquée, elle diminuera et même pourra faire complètement disparaître les attaques aiguës.—*Med. Times and Gazette*

De la roséole (Rotheln, Rougeole Allemande).—*Société de médecine interne de Berlin.* M. Klaatsch développe certaines considérations historiques, concernant la roséole. Il rappelle que, dès la fin du siècle dernier, on avait séparé la roséole des exanthèmes plus ou moins voisins de la rougeole, de la scarlatine; seulement, dans la plupart des descriptions qui datent de cette époque, la roséole est représentée comme une simple variante de la scarlatine (Heim). Dans la première moitié de ce siècle, on voit s'accumuler les observations relatives à un exanthème d'une bénignité remarquable et qui se montre avec une grande fréquence dans les intervalles de temps qui séparent les épidémies de rougeole et de variole. Schonlein considérait la roséole comme une affection hybride, les manifestations de la peau ressortissant à la scarlatine et celles des muqueuses à la rougeole, ou inversement. Les travaux de Hébra ont fait prévaloir l'opinion que la roséole n'est qu'une scarlatine ou une rougeole modifiée. Enfin dans ces derniers temps Thierfelder, Wettenheimer Thomas en Allemagne, ont repris la doctrine qui voyait dans la réséole une affection ayant son existence propre, doctrine qui domine aujourd'hui. Elle est basée sur des raisons tirées de trois caractères principaux, à savoir: la forme spéciale de l'exanthème, sa grande bénignité, enfin ce fait d'observation que les malades qui ont eu la roséole n'acquièrent pas l'immunité contre la rougeole et la scarlatine. M. Klaatsch a eu l'occasion d'observer deux épidémies de réséole et il en a rapporté cette conviction qu'il s'agit bien d'un exanthème *sui generis*. La première épidémie date de 1861 et la seconde de 1884-1885; la première atteignit entre autres les enfants en traitement à l'hôpital Sainte-Elizabeth. Elle faisait suite à une épidémie de rougeole qui avait sévi au mois de septembre de la même année et elle s'attaqua à 22 enfants, dont 21 avaient eu précédemment la rougeole, 2 la scarlatine. L'évolution a été la même chez tous les enfants. Dans le cours de la dernière épidémie, M. Klaatsch a vu environ 40 malades qui se répartissaient entre 17 familles. Les symptômes étaient ceux d'une affection très bénigne, de durée très

courte. Le tégument externe était parsemé de taches d'un rouge vif; régulièrement espacées les unes des autres. Tantôt l'exanthème a l'aspect d'un piqueté, tantôt il est constitué par des taches de 0.5 à 1 centimètre de diamètre, plus claires au centre, entourées d'un bord foncé, à contours le plus souvent sinueux. Ces taches sont très confluentes, séparées le plus souvent par des intervalles de peau saine. L'exanthème peut s'étendre à toute la surface du corps; d'autres fois il reste circonscrit à certaines régions. Ni le cuir chevelu, ni les paumes des mains et les plantes des pieds n'en sont respectés. Parfois l'exanthème s'accompagne de démangeaisons. L'éruption débute par les parties supérieures du corps et s'étend de haut en bas : quelquefois toute l'étendue du tégument externe est envahie en l'espace de 12 heures; il est rare que l'exanthème mette plus de 24 heures à atteindre son apogée; il met une égale rapidité à disparaître. La durée de l'éruption est généralement de trois jours, exceptionnellement de cinq. Dans une bonne moitié des cas, il n'y a point de fièvre. Quand il existe un mouvement fébrile, la température interne se maintient aux abords de 38°; elle monte rarement à 39°. Même alors, l'état général est des meilleurs. Comme manifestations concomitantes de l'exanthème cutané, on a observé de l'injection des conjonctives, de la rougeur uniforme, non douloureuse, du pharynx, un engorgement tout particulier des ganglions lymphatiques et principalement des ganglions cervicaux.

L'affection suit presque toujours une marche très bénigne; sa contagiosité paraît être peu prononcée, mais elle n'est pas à mettre en doute. La durée de la période d'incubation est difficile à préciser; cependant Klaatch est d'accord avec Mettenheimer et Thomas, pour admettre que dans bien des cas la période d'incubation atteint une durée de 17 à 28 jours. Huit des malades traités par Klaatsch étaient âgés de 18 à 35 ans. La marche a été la même que chez les enfants.

Bref, M. Klaatsch est convaincu qu'il a eu affaire à une maladie exanthémathique distincte de la scarlatine et de la rougeole. La chose a une importance pratique réelle, à un point de vue entre autres : des enfants qui viennent d'avoir eu la roséole ne sauraient être exclus des écoles publiques pour une durée aussi longue que les enfants qui ont eu la rougeole (cinq semaines en Allemagne); un isolement de huit jours suffira largement.—*Journal des Sociétés scientifiques.*

Alcoolisme chez les prédisposés.—M. Féré fait, *à la Société médicale des hôpitaux*, une communication établissant la facilité avec laquelle l'alcoolisme se déclare chez les sujets qui y sont prédisposés. Lasègue les a appelés les alcoolisables. M. Féré a observé un individu qui avait des prédispositions mentales héréditaires. Plusieurs troubles psychiques à l'âge de 40 ans, caractérisés par des scènes de jalousie sans motifs, des hallucinations, du tremblement. Cet homme ne buvait qu'une demi-bouteille à chaque repas. M. Féré crut que c'était la cause des désordres psychiques; il supprima le vin et le calme se rétablit; le vin fut repris et les accidents reparurent. Il en était ainsi chaque fois que le malade buvait un peu de vin.

M. Féré cite un autre cas analogue.

TOXICOLOGIE.

De l'empoisonnement par le tabac.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.

Il vient de sortir de nos salles un jeune garçon de 16 à 17 ans qui, au moment de son entrée, présentait divers accidents vertigineux : il était pâle, anémié, ne pouvait se tenir sur son séant sans prendre un point d'appui et sans qu'immédiatement la tête lui tournât. Ces phénomènes se produisant surtout pendant que le malade était à jeun et s'accompagnant de divers troubles dyspeptiques tels que maux d'estomac, pituites, gonflement gastrique, constipation, nous ne tardâmes pas à reconnaitre qu'il s'agissait là d'un vertige d'origine gastrique.

Mais quelle pouvait en être la cause ? C'était là un point qui pouvait paraître difficile à résoudre *à priori*, puisque les vertiges liés à une altération de l'estomac sont rares à cet âge.

Nous ne tardâmes pas cependant à être renseigné à cet égard, et pour cela, il nous suffit de remonter à ses antécédents : nous apprîmes, en effet, que ce jeune homme avait pris la déplorable habitude de chiquer. Jusqu'à l'âge de 14 ans, il n'en avait éprouvé aucun inconvénient, mais dès cette époque, il constata pour la première fois des troubles dyspeptiques, analogues à ceux qu'il éprouve aujourd'hui. mais ayant une gravité beaucoup moindre. Il n'avait encore aucune espèce de vertige.

Deux ans après, c'est-à-dire dans ces derniers temps, et sans qu'il ait accru en rien sa consommation de tabac, ces vertiges apparurent en même temps que ces accidents gastriques prirent une intensité telle, qu'il se vit contraint d'entrer à l'hôpital.

Il est vrai que l'apparition de tous ces symptômes a eu, en dehors du tabac lui-même, une cause occasionnelle importante que je dois vous signaler. Le jeune homme a quitté son pays il y a quelques jours, il est venu à Paris chercher du travail et n'a pu en trouver, et il a éprouvé de ce fait des fatigues nombreuses en même temps qu'il a été soumis à une alimentation tout à fait insuffisante.

L'apparition de ces divers accidents, d'origine toxique, longtemps après le début de l'intoxication, pourrait faire rejeter l'opinion que c'est à l'intoxication du tabac que l'on doit les attribuer Bien plus, on pourrait croire que ce jeune homme a acquis une certaine accoutumance par rapport à la nicotine, et que du fait même de son usage longtemps prolongé, il s'est mis à l'abri des inconvénients de cet agent toxique. C'est ainsi, dit l'histoire, que les choses se seraient passées à propos de Mithridate, qui s'était garanti de l'influence d'un poison par l'usage habituel de ce poison.

C'est là une croyance erronée, c'est l'inverse qui est la vérité. C'est sur les vieux fumeurs que vous observerez le plus souvent des accidents graves produits par le tabac.

Sans doute, le tabac produit des accidents gastriques primitifs, et il est fréquent de constater chez l'individu qui fume pour la première fois, des nausées, des vomissements, du malaise, etc. Mais ces accidents ne durent que quelques heures et disparaissent après. Les accidents tardifs sont d'une toute autre nature ; ils sont plus profonds, persistants, graves, mais malheureusement ils sont le plus souvent mécon-

nus, en raison justement de leur apparition à une époque où l'accoutumance paraît définitivement acquise.

Ce qui se produit le plus souvent, c'est ce que nous avons observé chez notre malade.

Pendant fort longtemps, l'usage du tabac paraît indifférent; bien plus, s'ils éprouvent quelques malaises, quelques angoisses, quelque torpeur intellectuelle, c'est justement quand ils cessent de faire usage du tabac; aussi, c'est même pour cette cause qu'il est des gens qui, malgré leur désir de cesser de fumer, ne peuvent jamais y arriver.

Cette manière d'être, d'ailleurs, n'est pas spéciale au tabac, et on l'observe également chez les individus habitués à la morphine et chez les alcooliques L'usage de ces divers poisons amène le système nerveux à un certain degré d'excitation qui est nécessaire à son fonctionnement. Lorsque l'on cesse de fournir cette excitation factice, on détermine une véritable défaillance du système nerveux, et c'est pour y remédier que l'on revient à ses anciennes habitudes.

J'ai connu un homme devenu progressivement alcoolique, et qui tous les matins en se levant était dans un état abominable. Son intelligence était à tel point obscurcie, qu'il ne pouvait se livrer à ses occupations, et il était, en outre, agité d'un tremblement tel qu'il lui était impossible d'écrire. Il lui suffisait de prendre plusieurs petits verres successifs pour que tous ces accidents disparussent immédiatement. Malheureusement, la disparition des accidents nécessitait chaque jour une augmentation de la dose du poison absorbé, et la gravité des accidents augmentait chaque jour.

Je pourrais vous citer des exemples analogues chez les morphinomanes et chez les individus qui abusent de l'usage du tabac.

Chez notre malade, les choses se sont passées un peu différemment; les accidents ont apparu, pour ainsi dire, un peu brusquement, et sans qu'il ait cessé l'usage du tabac. Il a suffi chez lui d'une circonstance amenant un trouble sérieux de son économie pour qu'immédiatement l'équilibre soit rompu et que la tolérance disparaisse. C'est là une particularité bonne à retenir et que vous aurez souvent l'occasion d'observer. Un homme, un fumeur endurci, ne s'est jamais plaint de l'usage immodéré du tabac, il se porte bien, mais il arrive un trouble quelconque dans son existence,—il s'agissait ici de fatigues excessives et d'alimentation insuffisante,—et immédiatement on voit apparaître des accidents qui jusque là étaient restés latents. Il serait bien difficile, vous le comprendrez sans peine, de reconnaître la véritable origine de semblables accidents, si l'on ignorait la manière d'être, la marche de l'empoisonnement par la nicotine.

Mais si la fatigue, l'épuisement nous rendent un compte suffisant des accidents observés, nous devons ajouter qu'ils se sont montrés d'autant plus aisément que l'alimentation insuffisante du malade laissait son estomac dans un état de vacuité relative dont il y a également lieu de tenir compte.

L'action physiologique d'un poison est d'autant plus prononcée, d'autant plus nette, que son absorption est plus considérable à un moment donné. Une dose déterminée qui met deux, trois heures à pénétrer dans le torrent circulatoire, ne détermine pas à beaucoup près les accidents qu'elle déterminerait si son absorption se faisait en une heure. Or, la vacuité de l'estomac, vous le savez de reste, est une des meilleu-

res conditions pour que l'absorption soit rapide. Aussi peut-on dire que chez notre jeune homme, les accidents sont dus non-seulement à l'influence générale résultant de son état d'épuisement, mais encore à ce que chez lui l'absorption du poison a été plus rapide qu'elle ne l'avait jamais été.

Le traitement d'un malade comme le nôtre a été des plus simples : il nous a suffi du repos, d'une alimentation substantielle pour le mettre en état de quitter l'hôpital. Est-il guéri pour cela ? Evidemment non. Il est certain, en effet, que ses malaises, ses vertiges réapparaîtront à la première occasion, à moins qu'il ne renonce à son habitude vicieuse. Nous l'y avons vivement engagé, mais le fera-t-il ? Il n'y a malheureusement que trop lieu d'en douter.—*Médecin praticien.*

Tentative d'empoisonnement par le pétrole.—*Société médicale des hôpitaux.*—M. Duguet. Le 8 mai, à 2 heures de l'après-midi, entrait dans le service de M. Duguet une femme de 48 ans, lingère, alcoolique, hantée depuis longtemps par des idées de suicide et qui avait pris trois verres de pétrole à 11 heures du matin dans le but de s'empoisonner.

La malade fut déshabillée, couchée. On lui administra 2 grammes d'ipéca, à la suite duquel elle rendit des vomissements qui sentaient le pétrole. On lui fit prendre du lait ; elle le rendit avec du pétrole qui surnageait ; l'haleine, les selles sentaient le pétrole.

Dans l'après-midi la malade rendit de l'urine qui se divisa en deux couches, l'une supérieure formée de pétrole, l'autre inférieure formée d'urine.

Pendant quatre jours on retrouva du pétrole dans l'urine. Ainsi le deuxième jour il y avait une couche de 5 centim. qui surnageait dans le bocal d'urine, le troisième une couche mince, le quatrième on ne trouvait qu'une odeur de pétrole, et le cinquième il n'y avait plus rien. En même temps que cette élimination du pétrole par le rein, il y avait quelques cylindres hyalins et cellules épithéliales dans l'urine, avec de l'albumine ; tous ces signes d'une irritation du rein disparurent en même temps que cessa l'élimination du pétrole.—*Journal des Sociétés scientifiques.*

Empoisonnement d'un enfant par le lait de sa mère.—M. Brouardel a relaté, à la *Société de médecine légale*, le fait suivant :

J'ai été consulté dernièrement, dit il, sur la question de savoir si un enfant de 12 mois avait pu être empoisonné par le lait de sa mère, dans le cas où celle-ci aurait absorbé de l'arsenic. Voici, en quelques mots, l'affaire qui avait motivé cette consultation : un homme prévenu d'avoir fait des faux pour détourner les biens de sa femme et de sa belle-mère, était en même temps soupçonné d'avoir aussi causé la mort de son enfant, que sa mère nourrissait à cette époque. Cet enfant était mort avec des symptômes de cholérine quelques jours après que la mère avait elle-même présenté des accidents analogues : diarrhée, vomissements, etc. Comme on était dans la saison chaude, ces accidents n'avaient pas éveillé l'attention. C'est seulement à la suite d'une seconde attaque cholériforme survenue en novembre, à la fois chez la mère et la belle-mère, que le mari fut soupçonné. D'autre part, la femme prétendait avoir trouvé dans la poche de son mari une poudre blanche, qui n'était autre chose que de l'acide arsénieux.

Pour résoudre la question qui m'était posée, je fis venir à Paris la bière contenant le corps de l'enfant, enterré depuis six mois environ.

Ce corps était complètement transformé en gras de cadavre, et il eût été impossible d'isoler les viscères des autres parties ; il fut donc soumis à l'analyse en bloc. Il pesait 2 kil. 1/2 environ et contenait 5 milligrammes d'arsenic. Nous nous sommes assuré que cet arsenic ne provenait ni des linges enveloppant le cadavre, ni des terres entourant le cercueil.

Il s'agissait, en second lieu, de savoir si l'arsenic s'élimine par le lait, ce qui n'a pas encore été étudié sérieusement. M. Gabriel Pouchet a fait, à cet égard, des expériences très concluantes.

Il a fait prendre à des nourrices de l'hôpital Saint-Louis, atteintes de maladies de peau, un certain nombre de gouttes de liqueur de Fowler (de 2 à 12), et il a pu constater que dans ces conditions le lait de ces nourrices contenait toujours une quantité relativement considérable d'arsenic ; ainsi, le lait d'une nourrice qui prend depuis six jours 8 milligrammes d'arsenic, contient 1 milligramme d'arsenic pour 100 grammes. Il faut ajouter qu'à ces doses les nourrices et leurs enfants n'ont pas paru éprouver d'accidents.

Mais rien ne prouve qu'il en eût été de même si l arsenic avait été donné d'un seul coup, à dose massive : pour éclaircir ce dernier point, on ne pouvait s'adresser qu'à des femelles d'animaux. Cette dernière série d'expérience n'a pas donné de résultats concluants, parce que les animaux présentent une susceptibilité très variable pour l'arsenic, et il nous a paru impossible de conclure de ces animaux à l'homme. Il ressort, en tout cas, de ces recherches, que la sécrétion lactée est une voie d'élimination de prédilection pour l'arsenic, et qu'il est prudent de ne pas administrer cet agent aux nourrices.

Dans le cas particulier soumis à notre examen, nous avons répondu au juge d'instruction que le corps de l'enfant contenait une quantité suffisante d'arsenic pour amener la mort d'un enfant de 1 an, et que cet arsenic pouvait, mais pouvait seulement, avoir eu comme véhicule le lait de la mère.

Ni la défense, ni l'accusation n'ont paru comprendre le parti qu'elles pouvaient tirer cette restriction, et le mari a été condamné à vingt ans de travaux forcés.—*Paris médical.*

Bains de permanganate de potasse.—Chez un enfant de deux ans affecté d'une éruption cutanée scrofuleuse, eczéma et impétigo, pour laquelle on avait employé inutilement pendant trois semaines les boues de Halle, M. Hullmann expétimenta le bain général au permanganate de potasse, et cela avec le plus beau résultat. Le titre de la solution doit être tel que la couleur du bain présente une teinte intermédiaire au rose obscur et au violet ; il faut un décigramme de permanganate par litre d'eau. Le malade reste dans le bain jusqu'à ce que l'eau commence à devenir brunâtre ; la peau conserve après le bain une couleur jaune ; mais celle-ci disparaît au bout de quelques jours. Après ce résultat favorable, M. Hullmann a souvent employé des bains semblables dans le prurigo et l'eczéma chez les adultes, dans l'intertrigo, et spécialement dans la période de desquamation consécutive à la rougeole, à la scarlatine et à la varicelle.—*Scalpel.*

FORMULAIRE.

Oème.—*Morell Mackenzie.*

P.—Bichlorure de mercure..... $1\frac{1}{6}$ grain
Eau de laurier cerise..... 2 onces
Eau distillée..... 15 "

M.—En injections.—*Union médicale.*

Accès d'asthme.—*Bartholow.*

P.—Extrait fluide de grindelia..... $\frac{1}{2}$ once
Extrait fluide de lobélie..... 2 drachmes
Extrait fluide de belladone..... 1 drachme
Iodure de potassium..... 3 drachmes
Glycérine..... 3 onces

M.—*Dose :* Une cuillerée à soupe, au besoin.—*College and Clinical Record.*

Coqueluche.—*H. Roger.*

P.—Teinture de belladone..... 5 drachmes
Teinture de valériane..... $1\frac{1}{2}$ drachme
Teinture de digitale..... $1\frac{1}{2}$ "

M.—*Dose :* Cinq gouttes de ce mélange aux enfants de moins de deux ans, atteints de coqueluche. Tous les jours on augmente de cinq gouttes, jusqu'à ce qu'on soit arrivé à 30 gouttes dans les 24 heures.—*Union médicale.*

Pyrosis.—*Peter.*

P.—Bicarbonate de soude..... 37 grains
Craie préparée..... 15 "
Extrait de noix vomique..... $1\frac{1}{2}$ grain

M.—Divisez en dix paquets. *Dose :* Un paquet trois fois par jour.—*Union médicale.*

Dysenterie aiguë.—*DaCosta.*

P.—Acétate de plomb..... 2 grains
Ipecac..... $\frac{1}{4}$ grain
Opium..... $\frac{1}{4}$ "

M.—A prendre en une seule dose, jusqu'à disparition du sang : alors, on éloigne les doses.—*College and Clinical Record.*

Chorée des anémiques.—*DaCosta.*

P.—Teinture de perchlorure de fer..... 10 gouttes
Chlorure d'arsenic..... $\frac{1}{10}$ grain
Sirop..... 3 drachmes
Eau..... 2 "

M.—A prendre en une seule dose, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, SEPTEMBRE 1885.

La Variole et le Bureau de Santé.

Dans un récent article au sujet de l'épidémie de variole, nous avons exprimé, sur le compte du Bureau de Santé, des pensées qui, par quelques-uns, ont été taxées d'exagération, et que l'on a même qualifiées d'injustes. On voudra bien nous permettre quelques mots d'explication.

Nous nous sommes plaint des lenteurs du Comité de Santé à prendre des mesures réellement efficaces contre l'épidémie de variole. Nous avons mentionné en particulier les retards apportés à la construction d'un hôpital pour les victimes du fléau. Nous avons dit enfin que les seules mesures prises par le Comité consistaient dans la désinfection des locaux et dans l'affichage du mot *picotte* sur la porte des logis infectés.

Que le Comité de Santé ait été lent à prendre les mesures nécessaires contre l'épidémie, tout le monde l'a admis avant nous, sauf peut-être les membres du Comité, et en le constatant, nous n'avons été que l'écho de la plainte publique. N'est-ce pas en avril que l'épidémie s'est déclarée? Quelles mesures sérieuses ont donc été prises *alors?* Est-ce le renvoi de M. le Dr Larocque? Est-ce le retard apporté à la nomination de son successeur? Est-ce la mauvaise vaccination dont nous avons été gratifiés alors et dont les résultats ont été tels qu'ils ont forcé les autorités à cesser toute vaccination pour plus d'un mois? Est-ce enfin le fait d'attendre à la fin de juillet ou au commencement d'août pour décréter la construction d'un hôpital alors que celui-ci aurait dû être construit en mai ou juin?

Actuellement, le Bureau de Santé fait les plus louables efforts pour combattre la variole et pour assainir autant que possible notre ville. L'hôpital projeté est prêt à recevoir des malades; on s'est procuré du bon vaccin et la vaccination se fait d'une manière fort convenable, tant par le Bureau de Santé que par les médecins en pratique privée. On recherche attentivement tous les cas de variole et on fait l'impossible pour cela; les règlements municipaux sont mis en vigueur autant qu'ils peuvent l'être, et l'on veille attentivement à leur exécution. Tout cela est fort bien, mais, qu'on nous permette de le dire, tout cela aurait dû être fait bien avant aujourd'hui, et, au moment où notre article a été *écrit*, les choses en étaient encore au point que nous avons indiqué. C'est ce qui explique et justifie l'attitude que nous avons prise dans le temps.

Nous sommes prêts à seconder les efforts du Bureau de Santé pour promouvoir du mieux possible les intérêts sanitaires de la ville, et nous voulons nous y employer autant que nous le pourrons, mais nous ne veu-

lons pas renoncer à notre droit, fort naturel, on en conviendra, de faire les remarques que nous jugeons nécessaires ; on peut différer d'opinion avec le Comité sans être nécessairement dans le tort pour cela. On a accusé la profession médicale canadienne-française de vouloir entraver l'action des autorités sanitaires. L'imputation est aussi fausse qu'injuste. Nous sommes des mieux disposés, quoiqu'on en dise, et si, au Bureau de Santé on consultait plus volontiers les membres de la profession médicale, ce ne serait peut être pas un mal. Nous avons une *Commission consultative d'Hygiène*. Est-ce qu'elle fait quelque chose ? La consulte-t-on de temps à autre ?

***

Nous affirmons de nouveau qu'à notre sens il est absurde et vexatoire de forcer un médecin à rapporter au Bureau de Santé les noms et la résidence des variolés qu'il peut avoir sous ses soins. Semblable tâche devrait être laissée au chef de famille. Nous savons que la chose se pratique aux Etats Unis, mais ce fait est loin de prouver la justesse et l'équité de la mesure. Un médecin courageux, M. le Dr Jacques, a osé résister au règlement. On lui a prouvé en cour de Recorder, que, légalement, il avait tort. La question a été débattue au point de vue du secret professionnel purement et simplement. Le point est controversé et nous n'insisterons pas, mais nous ne voyons pas quel avantage il y a pour le Bureau de Santé à recevoir la déclaration du médecin, de préférence à celle du chef de famille. Plutôt que d'être forcés de se constituer délateurs, certains médecins refusent absolument de traiter des cas de variole. Par contre, certains parents, ne voulant pas s'exposer à être dénoncés par leur médecin, prennent le parti de ne pas requérir pour leurs malades les secours de l'homme de l'art. Si c'est là le résultat que l'on veut obtenir !.....

Secret professionnel.

A l'occasion du jugement rendu par Son Honneur le Recorder dans le cas de M. le Dr Jacques, l'on a agité la question longtemps débattue du secret professionnel. L'on s'est demandé: Un médecin peut-il, sans forfaire à l'honneur, dévoiler un secret à lui confié dans l'exercice de sa profession ? Se présente-t-il des cas où un médecin est tenu de dévoiler ainsi le secret professionnel ?

Il est certain que le secret professionnel ne lie pas le médecin de la même manière que le secret de la confession lie le confesseur, au moins au point de vue pur et simple de la conscience. Cependant, le médecin n'en est pas moins tenu en honneur, de garder secret, en règle générale, ce qui lui a été confié comme secret, dans l'exercice de sa profession. L'obligation du secret, d'après le code de déontologie médicale qui nous régit, s'étend même au delà de la période des services professionnels. " Aucune circonstance se rattachant aux affaires privées de la vie personnelle ou domestique, infirmités de constitution ou souillure de caractère, observée durant les visites professionnelles, ne doit jamais être divulguée par le médecin, *sauf le cas où il doit nécessairement le faire.*"

En France, aux termes de l'article 378 du Code pénal " les médecins dépositaires, par état ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, *hors le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs*, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois, et d'une amende de cent francs à cinq cents francs."

Il se présente donc des cas où le secret professionnel doit être enfreint. Quels sont ces cas ? Ici les avis sont fort partagés, et les jurisconsultes les plus éminents sont loin d'être d'accord. Chauveau résume ainsi la question : "Il est certain que l'intervention de la justice ne modifie nullement les obligations des personnes auxquelles des secrets sont confiés à raison de leur état ou de leur profession, et qu'elles doivent s'abstenir de répondre aux interpellations qui leur sont adressées, en se bornant à déclarer le titre qui leur commande le silence. Néanmoins, l'article 378 ne serait pas applicable au témoin dépositaire du secret, qui aurait répondu à une interpellation, en révélant à la justice des faits qu'il aurait dû celer, parce que le fait matériel de la révélation du secret ne suffit pas pour constituer un délit, il faut que ce fait soit accompagné d'une intention de nuire. Sa révélation n'est pas moins la violation d'un devoir, mais les ordres de la justice sont sa justification... Nous admettons que les personnes désignées dans l'article 378 du Code pénal peuvent se dispenser de déposer en justice sur les faits qui ne leur ont été confiés qu'à raison de leur profession, mais ce n'est pas parceque cet article leur inflige des peines en cas de révélation ; l'obligation morale qui leur est imposée suffit que pour ces personnes ne puissent être forcées de rendre témoignage en justice. Cependant, cédant aux injonctions des magistrats, si elles se laissent aller à rendre compte de ce qu'elles devaient tenir secret, nous ne croyons pas qu'elles enfreignent l'article 378 ; en présence des magistrats, leur volonté n'a pas été entièrement libre, et l'on ne pourrait sans injustice punir celui qui n'a fait qu'obéir aux ordres d'une autorité agissant régulièrement dans le cercle de ses attributions."

Dans notre province, l'obligation du secret professionnel n'a pas, que nous sachions, occupé l'esprit de nos législateurs, de sorte qu'aucune pénalité ne peut être infligée à un médecin violant le secret, en tant que secret. Si les faits dévoilés sont de nature à nuire à la réputation ou de caractère diffamatoire, l'individu lésé pourra peut-être instituer contre le médecin une action en dommages pour diffamation de caractère, etc., mais c'est tout. Il n'en est pas de même en France où le secret professionnel, en dehors des cas où la loi oblige le médecin à se porter dénonciateur, est garanti au client, comme nous l'avons vu, par l'article 378 du Code pénal. Si notre Code pénal renfermait un article semblable, il y aurait bien des délinquants. Délinquant le médecin qui donne un certificat de mortalité où est étalé en toutes lettres le nom de la maladie du défunt. Délinquant celui qui délivre un certificat *de maladie* à un sujet qui veut faire assurer sa vie. Et que d'autres.

Le secret professionnel n'est donc pour nous qu'une affaire d'honneur. Souvent nous l'enfreignons, il est vrai, mais alors seulement que la répuation de nos clients n'en est pas affectée. La justice nous ordonne-t-elle de parler ? La question n'est plus aussi simple. Vaut-il mieux obéir à la justice qu'à l'honneur ? La maxime posée par Faustin Hélie peut nous servir de guide, à défaut d'autres. " Les médecins ne sont tenus à une inviolable discrétion qu'autant que les maladies,

par leur nature, exigent le secret, et qu'autant que le secret leur a été demandé."

Dans le cas de M. le Dr Jacques, la maladie dont il s'agissait n'était pas de nature à exiger le secret, mais celui-ci avait été promis, et nous croyons que notre ami a bien fait de ne pas enfreindre sa promesse.

La fermeture à bonne heure des pharmacies.

Dans le grand mouvement qui se fait aujourd'hui en faveur de la fermeture à bonne heure des magasins et boutiques, les droguistes, tant qu'en gros qu'en détail, et, par ricochet, les médecins eux-mêmes ont été appelés à formuler leur manière de voir à ce sujet.

Messieurs les droguistes en gros n'ont aucune bonne raison d'être opposés à une mesure qui ne les intéresse que fort peu, du reste, attendu que déjà ils fermaient leurs officines assez tôt en général. Il n'en est pas de même des pharmaciens *en détail* qui, comme chacun le sait, se tiennent d'habitude à la disposition du public jusqu'à une heure assez avancée de la soirée et, pour la plupart, ferment rarement avant dix heures. Est-il opportun qu'ils continuent ainsi, ou bien peuvent-ils, sans inconvénient, se joindre au mouvement dont nous parlons et, eux aussi, fermer leurs boutiques à bonne heure? *That is the question.*

Comme dans toute autre question, plusieurs intérêts sont en jeu. L'intérêt du public, qui veut que les pharmacies restent accessibles aussi tard que faire se peut, dix heures étant donné comme une limite fort raisonnable. L'intérêt des patrons pour qui la fermeture à bonne heure devient parfois une question de perte ou de gain, et qui, tout comme leurs employés, ne sont peut-être pas fâchés de se donner le soir quelques heures de plus d'un repos fort mérité. L'intérêt des commis-pharmaciens, qui ont des cours à suivre et des études passablement ardues à compléter, des examens à subir, etc., et qui n'ont en somme que peu de temps à y consacrer durant toute une journée passée derrière le comptoir. L'intérêt, enfin, des médecins eux-mêmes dont les ordonnances sont souvent présentées, le soir, aux pharmaciens.

Lequel de ces divers intérêts doit primer les autres? On répondra avec assez de raison : Celui qui affecte le plus grand nombre d'individus, c'est-à-dire l'intérêt du public. Or le public a-t-il réellement besoin que les pharmacies restent ouvertes aussi tard que possible? Quelle heure pourrait-on fixer à la fermeture des pharmacies pour que le public soit satisfait?

La plupart des médecins, surtout ceux qui exercent dans les faubourgs où prédomine surtout la population ouvrière, voient toujours un grand nombre de clients se présenter à la consultation entre 6 et 8 heures, P.M. En certains quartiers même, les malades ne viennent consulter qu'à cette heure avancée, la plupart du temps entre 7 et 8, et s'il arrive que le médecin prescrive une ordonnance, le client est obligé d'attendre au lendemain pour la faire exécuter si la pharmacie n'est plus ouverte après huit heures. Or cela peut avoir des inconvénients assez sérieux si le médicament prescrit doit être administré immédiatement ou durant la nuit. En outre, c'est la plu-

part du temps le soir que les malades se sentent le moins bien, c'est entre 7 et 9 que se font les exacerbations fébriles dans les fièvres essentielles ou symptomatiques, et, comme tous les praticiens ont sans doute été à même de l'observer, nous sommes souvent, à ces heures, mandés en toute hâte au chevet de nos patients, même de ceux que nous avons vus dans le cours de la journée; il faut alors prescrire et l'ordonnance doit être remplie *illicò et instanter*. Que faire si la pharmacie est fermée ?

Nous croyons donc sincèrement que la fermeture à bonne heure,—à 8 heures, ne saurait être applicable aux pharmacies, comme elle peut l'être aux autres magasins. Mais voici ce qui pourrait se faire. Les pharmacies pourraient rester ouvertes jusqu'à 8 heures pour les ventes ordinaires de ce genre de commerce, mais, après 8 heures, ne l'être que pour la vente des médicaments sur prescription, et dans ce cas, un seul employé peut suffire, pourvu qu'il soit compétent. Dans quelques pharmacies on a établi un véritable service de nuit, un des employés ayant sa résidence tout près du magasin ou à l'étage supérieur, et les clients pouvant être servis à toute heure. Dans ce cas, il n'y aurait pas d'objection à ce que le magasin fut fermé vers 8 heures, mais l'employé en question n'en devrait pas moins rester chez lui afin de répondre à toutes les demandes. Ceci équivaut donc à dire que la fermeture à bonne heure ne saurait convenir que pour les pharmacies qui ont un service de nuit régulièrement organisé.

Si cependant les pharmaciens qui n'ont pas de service de nuit persistent à vouloir fermer à bonne heure leur officine, force sera aux médecins de remplir eux-mêmes leurs propres ordonnances, et ce sera autant de perdu pour les pharmaciens qui, nous le savons, désirent ardemment voir les médecins ne pas donner eux-mêmes les médicaments. Et si le médecin fournit les médicaments la nuit, il n'y a pas de raison pour qu'il ne les fournisse pas aussi le jour. Il se trouve ainsi que le pharmacien favorise un état de choses qu'il a le plus grand intérêt à combattre.

Nous concevons parfaitement qu'il soit inutile de tenir une pharmacie ouverte jusqu'à 10 heures du soir pour la vente des parfums, savons et autres articles de toilette, mais dès lors qu'il s'agit de l'exécution des ordonnances, ce n'est plus la même chose. C'est, du reste, ce qu'ont compris les médecins auxquels on s'est adressé pour savoir de quel œil la profession médicale verrait la mesure projetée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

" LA MÈRE ET L'ENFANT."—Nous recevons le second numéro d'un nouveau journal *La Mère et l'Enfant* que publie la librairie Ch. Delagrave. Nous ne saurions trop recommander aux jeunes mères cette publication qui leur est indispensable. Elles y trouveront les conseils d'hygiène les mieux appropriés à l'éducation des enfants, les indications les plus précises, non pour remplacer le médecin, mais pour le seconder en appliquant ses prescriptions avec goût et intelligence Grâce aux écrivains de talent qui rédigent *La Mère et l'enfant* ce journal arrivera à un succès aussi rapide que justifié.

Voici le sommaire du nº 2 :

Causerie du Docteur : Le sevrage (Dr Prades). — L'hygiène et la

médecine de l'oreille (Dr Baratoux).—Ballade maternelle (E. Palko).—L'indigestion dans la première et la seconde enfance (Dr Ledien).—Médecine maternelle (Dr Fonssagrives).—La cloche qui marche (Ed. Guinaud).—Hygiène enfantine (Dr G. Lefèvre).—La question de la dépopulation de la France à l'école de médecine (Dr Grades).—Illustrations par Kauffmann, Sandoz, etc.

Un an 6 fr., Librairie Ch. Delagrave, 15 rue Soufflot, Paris. Envoi franco d'un numéro spécimen sur demande affranchie.

NOUVELLES MEDICALES.

Nécrologie.—On annonce la mort, à Paris, de M. Henry MILNE-EDWARDS, membre de l'Académie de médecine, professeur au Museum d'histoire naturelle.

Le professeur VOLKMANN, de l'Université de Halle, vient de recevoir des titres de noblesse.

Le professeur TYNDALL, de Londres, a donné à l'Université de Pensylvanie la somme de $10,800.

On dit que neuf mille accouchements se font annuellement à la Maternité de Vienne. Le chiffre de la mortalité est de ½ p. 100 pour les femmes, et d'environ 15 p. 100 pour les enfants.

Le Choléra.—Le choléra continue ses ravages en Espagne, s'est propagé en France et a atteint Marseille et Toulon. D'après nos derniers échanges, cependant, le choléra de Marseille ne serait pas une extension de celui d'Espagne, mais plutôt, la continuation de l'épidémie de 1884. Quoiqu'il en soit de son origine, le choléra n'en exerce pas moins ses ravages d'une façon alarmante. Le 18 août on a enregistré 27 décès cholériques. Depuis, le chiffre de la mortalité se serait encore accru si nous en croyons les dépêches télégraphiques.

Université Laval.—Par suite de la mort du Dr Jackson, certains changements se sont opérés à la Faculté de Médecine à Québec. M. le Dr Chs. E. Lemieux devient doyen de la Faculté. M. le Dr A. Vallée laisse la chaire de Médecine Légale et Toxicologie pour celle de Tocologie, ci devant occupée par le Dr Jackson, et M. le Dr I. P. Lavoie, nommé professeur titulaire, succède au Dr Vallée dans la chaire de Médecine Légale. M. le Dr Simard devient membre du Conseil universitaire.

A Montréal, M. le Dr E. P. Lachapelle, est chargé, par *interim*, des cours de médecine légale.

Les cours de la Faculté de Médecine à Montréal s'ouvriront le 1er octobre prochain, dans la bâtise de l'ancienne Ecole Normale.

Déjà plusieurs élèves se sont inscrits, et tout fait présager que le nombre des étudiants, cette année, excèdera du double de celui de l'année dernière.

DÉCÈS.

GABOURY.—A Crookston, Minnesota, E.-U., le 22 août, à l'âge de 27 ans, M. le Dr Aimé Gaboury, gradué de l'Université Laval à Montréal (classe de 1881).

SYLVESTRE.—A Maskinongé, le 14 août, à l'âge de deux ans et deux mois, Joseph-Pierre-Antonio, unique enfant de J. M. P. Sylvestre, M.D.

TRAVAUX ORIGINAUX.

LETTRES AUX DEUX WILFRID.

CINQUIÈME LETTRE. (1)

Du chlorate de potasse dans le traitement de la diphthérie.

Mes chers amis.—Dans un des derniers numéros de L'UNION MÉDICALE, *Un abonné* terminait de la manière suivante une courte communication au sujet du traitement de la diphthérie:

" Je recommande l'usage du chlorate de potasse, à la dose de deux " drachmes divisées en douze doses, à prendre comme suit: les huit " premières doses toutes les heures, les deux suivantes toutes les deux " heures, puis les deux dernières toutes les quatre heures. Pour les cas " graves je répète le remède et de plus je fais quelques applications lo- " cales de glycérolé d'acide tannique. Depuis cinq ans que j'emploie " ce traitement, je n'ai pas perdu un seul patient."

Ces résultats sont bien consolants, quand on considère le caractère si souvent inexorable de cette formidable affection qui, depuis quelques années, fait tant de victimes parmi nous. Certes, nous ne devons pas ménager nos félicitations à ceux d'entre nous qui peuvent se glorifier de pareil succès, et pour ma part, je vous avoue que je sais gré à " *Un abonné* " de faire entendre une note gaie au milieu des déceptions sans nombre que le traitement de cette maladie m'a forcé d'enregistrer dans le cours de ma pratique.

Seulement, je ne puis me défendre de croire, ici, à une série de cas exceptionnellement heureux, plutôt qu'à une influence manifeste de l'administration du chlorate de potasse.

Si je refuse d'accorder à cette médication le mérite exclusif des résultats obtenus, c'est afin de vous prémunir contre les déceptions que pourrait engendrer chez vous une confiance trop absolue dans un médicament qui peut avoir parfois ses indications, mais qui ne mérite certainement pas qu'on lui attribue presque les priviléges de la spécificité.

En effet, la diphthérie, une dans sa nature, se traduit néanmoins à notre observation au moyen de manifestations variées qui nous imposent l'obligation de modifier, selon les circonstances, le pronostic et le mode de traitement.

Légère dans certains cas, plus grave dans d'autres, elle revêt parfois, en troisième lieu, un tél caractère de gravité que nous ne tardons pas à reconnaître l'impuissance absolue dans laquelle nous laissent les moyens d'action qui nous sont fournis par la thérapeutique, malgré leur nombre et leur variété.

Jusqu'au jour où nous aurons saisi la véritable nature de la diphthé-

(1) Voir la livraison de Septembre 1883.

rie et découvert le spécifique à lui opposer, il ne nous est pas permis d'attaquer cette maladie comme entité morbide à l'exclusion du terrain sur lequel elle se développe, ni de préconiser contre elle un médicament, quel qu'il soit, sans égard pour les manifestations symptomatiques multiples engendrées par les diverses formes de l'affection.

Dans l'espèce, c'est un malade et non pas une maladie que vous avez à traiter et à guérir, si vous le pouvez, et selon que le mal se présentera à votre observation avec tels ou tels symptômes, vous ferez sentir à votre pronostic et à votre traitement les modifications que vous inspireront la sagesse, l'expérience et les connaissances que l étude aura mises à votre disposition. Oh ! un jour viendra peut-être, où l'empirisme nous fournira, contre la diphthérie, un agent spécifique qui prendra rang à côté du mercure, de la quinine, de l'acide salicylique, etc., etc. Que sais-je même ? la méthode expérimentale, à la faveur de ses progrès incessants, pourrait bien ne pas attendre les résultats tardifs du hasard et nous permettre, avant longtemps, de pénétrer, le microscope à la main, jusqu'au repaire où se cache la nature intime de cette maladie, nous fournissant en même temps le moyen de la combattre dans son principe.

Que voulez-vous ? je vous l'avoue avec toute la candeur dont je suis capable, j'ai foi, moi, dans le microbe ; j'y mets toutes mes complaisances, car c'est en lui, il me semble, que doivent reposer nos espérances d'avenir. Cet infiniment petit est appelé, j'en ai la conviction, à jouer dans la pathologie un rôle infiniment grand. Que nous saisissions une bonne fois le micrococcus de la diphthérie, eût-il, celui-là, la forme d'un accent circonflexe, c'en est fait de lui : nous ne serons jamais assez malheureux pour ne pas trouver, par légions, les moyens d'exterminer cet être infime. Et alors, quoi de plus simple que la médecine ? Les "médecins à tiroir" du regretté Béhier se trouveront créés de toutes pièces. Une maladie étant donnée, le tiroir s'ouvre, on y plonge la main, on y puise le traitement et tout est dit !

Mais en attendant le jour heureux où nous jouirons de la réalisation de ces beaux rêves, force nous est bien de demeurer sur le terrain aride du positivisme où l'intelligence a seule à lutter contre les désordres multiples dont est affligé l'organisme humain.

Puisque le spécifique de la diphthérie est encore à trouver, puisque nous n'avons à notre disposition aucun moyen direct de neutraliser les causes qui président à l'origine et au développement de cette maladie, nous devons instituer un mode de traitement symptomatique dont nous puiserons les éléments dans les connaissances que nous possédons sur la pathologie en général et sur la diphthérie en particulier.

Sans nous arrêter aux divergences d'opinion qui ont cours dans la science, je crois que nous sommes autorisés à définir la diphthérie : une maladie générale avec manifestations locales caractérisées par la présence de fausses membranes sur la muqueuse des voies aériennes et parfois sur la peau dépouillée de son épiderme.

Très souvent les symptômes généraux sont très peu accusés, la lésion locale semble être toute la maladie, et à moins que la fausse membrane ne soit située dans le larynx où alors elle peut tuer en quelques heures à cause de la gêne tout mécanique imposée à la respiration, le pronostic de l'affection est bénin et la guérison survient spontanément dans la moité des cas environ. C'est la forme légère indiquée par Trousseau.

D'autres fois, les fausses membranes s'étendent rapidement et tapissent bientôt toute la gorge dans l'espace de quelques jours, quelquefois de quelques heures; brunâtres et sanguinolentes, elles se putréfient sur place et exhalent une odeur fétide caractéristique qu'elles communiquent à l'haleine ; les ganglions sont volumineux et le tissu cellulaire voisin est très œdématié.

L'état général traduit l'empoisonnement de l'organisme : somnolence, brisement des forces, insomnie par suite de la douleur qui présente souvent des paroxysmes nocturnes. La mort est fréquente : une fois sur dix ; c'est la forme infectieuse. (Simon.)

Enfin, dans une troisième forme, l'état général domine la scène et parait souvent hors de proportion avec l'état local. La face est pâle, la joue est luisante et froide, le teint plombé ; les couennes grises ou brûnâtres sont d'une fétidité extrême, la prostration des forces est complète, la température s'abaisse, le pouls se ralentit, des hémorrhagies abondantes de la bouche et du nez surviennent souvent ; le cou est extrêmement tuméfié, enfin les extrémités se refroidissent et la mort arrive toujours au bout de deux ou trois jours. (Simon.)

C'est la forme toxique qui ne pardonne pas et dont vous n'oublierez jamais l'effrayant tableau si vous avez le triste hasard d'en rencontrer un exemple dans le cours de votre pratique. Il vous est facile de concevoir combien votre pronostic devra varier, quel que soit le traitement que vous adoptiez, selon que vous aurez affaire à l'un ou à l'autre de ces types cliniques dont je viens de vous tracer rapidement le tableau.

Si votre étoile vous protège au point de n'offrir à votre observation qu'une série de cas à forme légère, vous sauverez au moins la moitié de vos diphthéritiques. Mais gardez-vous bien d'attribuer vos succès à la médication que vous aurez choisie, car si, dans une épidémie subséquente, vous recevez la visite de la forme infectieuse ou même toxique, vous vous serez ménagé de bien cruelles déceptions qui vous forceront à briser les idoles que vous vous étiez créées en thérapeutique. Puis, une autre considération : la diphthérie chez les enfants âgés de 3 à 8 ans offre de nombreuses chances de guérison. Chez ceux qui ne sont âgés que de 1 à 3 ans, ces chances commencent à devenir très faibles, et au-dessous d'un an, vous perdrez presque tous vos malades, dussiez-vous employer même le chlorate de potasse sur la plus vaste échelle.

L'administration du chlorate de potasse dans la diphthérie n'est pas une idée nouvelle, je vous assure. Ce médicament est même celui qui autrefois a été le plus en vogue dans l'angine diphthéritique. Thomas de Salisbury fut le premier qui le proposa contre l'angine maligne dès le commencement de ce siècle. Mais c'est surtout Isambert qui préconisa le plus chaudement cette médication contre la diphthérie dans un mémoire publié en 1856.

Depuis cette époque, plusieurs autres observateurs le vantèrent tour à tour, ce qui n'empêcha pas ce médicament de tomber, un peu plus tard, dans un discrédit presque complet.

Seeligmuller tenta bien dans ces dernières années de la réhabiliter dans la confiance des médecins, mais cette vogue fut de courte durée et il ne tarda pas à subir le sort de son compagnon d'infortune, *le soufre*, qui, comme le chlorate de potasse, a, pendant quelque temps, été considéré comme un spécifique de la diphthérie pour être jugé plus tard

non seulement inutile, mais même dangereux, dans le traitement de cette maladie. Si vous me permettez maintenant d'accoller humblement mon nom à ceux des célébrités que je viens de citer, je vous avouerai candidement que, moi aussi, j'ai eu, à un moment donné, mon petit engouement pour le chlorate de potasse. C'était en 1880. Nous avions à Ottawa une épidémie assez considérable de diphthérie. Fasciné par les brillantes promesses de Seeligmuller, je soumis, invariablement tous les cas que j'eus à traiter à la médication par le chlorate de potasse à hautes doses.

Les résultats que j'obtins furent tels que leur beauté même me fit suspecter la source à laquelle je les attribuais. Mes malades guérissaient si bien et si rapidement que je résolus de soumettre à un rigoureux contrôle le traitement qui paraissait opérer tant de merveilles.

Je soignais dans la même maison quatre enfants affectés de la diphthérie. A deux d'entre eux, je prescrivis le chlorate de potasse d'après la méthode de Seeligmuller; aux deux autres je ne fis administrer qu'une potion convenablement édulcorée et colorée *secundum artem.*

Je me hâte d'ajouter que j'avais affaire à la forme bénigne de la maladie. Tous quatre guérirent dans le même espace de temps sans offrir de complications!

Ce résultat me donna à réfléchir. Je continuai tout de même, mais mollement, l'administration du sel de Berthollet, dans les cas subséquents que j'eus à traiter, et toujours avec un égal succès. Le dix-neuvième malade qui vint tristement couronner cette série, jusque là si heureuse, fut mon propre enfant qui fut affecté d'une diphthérie toxique débutant par les fosses nasales. Je fis tout en mon pouvoir pour sauver ce pauvre petit être; je le saturai de chlorate de potasse, j'eus recours à tous les topiques imaginables, la maladie se montra impitoyable, et en trois jours, la mort l'enlevait à mon affection.

Depuis cette époque, j'ai eu bien souvent l'occasion d'étudier scrupuleusement l'action du chlorate de potasse dans l'angine diphthéritique, et je le répète, j'ai été bien souvent déçu dans mes espérances.

Eliminé par la salive, ce médicament, mis constamment en contact avec les fausses membranes, peut bien jusqu'à un certain point exercer le pouvoir dissolvant que possèdent ses solutions concentrées contre les couennes diphthéritiques, mais cette action topique, à laquelle se bornent les propriétés bienfaisantes du chlorate, est partagée par une masse d'autres agents qui jouissent d'une bien plus grande efficacité, tels que le jus de citron, l'eau de chaux, l'iodate de potasse, l'acide lactique, le brôme, etc.

Si vous voulez, du reste, avoir au sujet du chlorate de potasse, le jugement d'une autorité à laquelle vous ne sauriez refuser la compétence, je vous citerai ce que pense de ce mode de traitement, Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades à Paris.

" Quant au chlorate de potasse dont on a voulu faire un véritable spécifique, je n'ai jamais constaté un résultat réel qu'on pût lui attribuer. Merveilleux dans les affections de la bouche, il n'est d'aucune utilité pour les maladies de la gorge, et de plus, il affaiblit les petits malades, quand on le donne à hautes doses."

Loin de moi l'idée de vouloir rejeter totalement l'administration du chlorate de potasse du traitement de la diphthérie; au contraire, je vous conseille même fortement de vous servir de ce médicament au

début de la maladie, et je vous dirai tout à l'heure pourquoi. Mais ce dont je veux que vous demeuriez pénétrés, c'est que : 1° Le chlorate de potasse ne saurait être considéré comme spécifique de l'angine pseudo-membraneuse et que, par conséquent, vous auriez tort d'avoir en son efficacité *dans tous les cas*, une confiance absolue.

2° Administré à hautes doses il n'est pas sans danger. Je ne suis pas embarrassé, je vous assure, pour prouver la vérité de cette dernière proposition. Il existe dans la littérature médicale plusieurs exemples de cas dans lesquels le chlorate de potasse, administré à hautes doses, se conduit à la façon des plus vifs poisons.

Vous connaissez, je suppose, le cas du Dr Fountain, de Davenport-Iowa, qui mourut après l'ingestion d'une demi-once de chlorate de potasse qu'il avait avalé pour étudier sur lui même les effets physiologi, ques de ce sel ?

Seeligmuller lui-même raconte le cas d'un garçon de 6 ans qui, à la suite d'un traitement par ce même médicament, mourut en très peu de temps dans le collapse, après avoir offert comme symptômes principaux, de la diarrhée et des vomissements.

Le Dr Lewis Smith cite aussi le cas d'un jeune enfant de 4 ans auquel on administra, en un jour, trois drachmes de chlorate de potasse. L'urine devint sanguinolente, se supprima tout à fait et l'enfant mourut à la fin des 24 heures.

A côté des exemples que je viens de citer, je pourrais vous rapporter un grand nombre de cas où le chlorate administré à doses moins fortes a produit néanmoins des accidents très graves dus à une néphrite diffuse produite par l'action irritante de ce sel sur les reins.

Ouvrez le traité de Jacobi sur la diphthérie, et vous y verrez la relation d'accidents formidables survenus même à la suite de l'usage de simples gargarismes composés d'une solution concentrée de chlorate de potasse.

La conclusion de tout ceci est la suivante :

Donnez, si vous le voulez, le chlorate de potasse au début de l'angine couenneuse, mais donnez-le à doses modérées et fractionnées. Chez l'adulte, ne dépassez jamais deux drachmes dans les 24 heures. Restez plutôt en deçà. Chez l'enfant, la dose maximum doit être de un demi-grain à un grain administré toutes les heures.

J'ai dit que le chlorate de potasse pouvait avoir une action salutaire au début de la diphthérie, voici comment : Dans cette maladie, les parties qui sont couvertes de fausses membranes ne sont pas toujours les seuls endroits de la muqueuse qui soient le siège d'un processus morbide. Souvent il existe une inflammation catarrhale concomitante dans le voisinage des foyers de l'exsudation diphthéritique.

La muqueuse du pharynx, celle de la bouche apparaissent tuméfiées, enflammées, et parfois même déjà dépouillées de leur épithélium. Les couennes diphthéritiques ne s'étendent pas encore jusque là, mais cette propagation devra fatalement s'effectuer, si les parties déjà malades sont abandonnées à elles-mêmes.

Or, cette pharyngite, cette stomatite sont justiciables de l'action du chlorate de potasse qui, en rendant aux tissus affectés leurs propriétés normales, imposera pour ainsi dire une barrière à l'extension des fausses membranes et à la propagation de la diphthérie.

Ceci posé, voyez l'ingénieuse explication que donne Jacobi des bons

effets de l'administration du chlorate de potasse dans certains cas de diphthérie :

" Les cas de diphthérie dans lesquels l'exsudation est limitée aux " amygdales ne présentent aucun danger, car les relations des lympha- " tiques entre les amygdales et les autres parties du corps, sont nulles " ou insignifiantes. Ainsi aucune absorption ne peut se faire dans le " torrent circulatoire, à la suite de dépôts diphthéritiques limités aux " amygdales. La stomatite, la pharyngite concomitantes ayant été " favorablement influencées, à la suite de l'administration du chlorate " de potasse, l'exsudation tonsillaire disparaîtra en 3 ou 6 jours et la " maladie aura parcouru toutes ses périodes sans offrir de complica- " tions."

Je résume, mes bons amis, en offrant à votre considération les propositions suivantes :

Le chlorate de potasse n'est pas un spécifique de la diphthérie.

Cette maladie revêt souvent une forme légère, bénigne, qui dans la majorité des cas guérit spontanément *pendant* et non pas *à cause de* l'administration des moyens simples dirigés contre elle, tels que : chlorate de potasse, soufre, cubèbe, etc.

Il existe une forme plus grave, infectieuse, contre laquelle le chlorate de potasse n'a qu'une influence secondaire. Ce sel peut bien parfois rendre quelques services, mais les toniques, les stimulants, l'alimentation surtout, doivent ici occuper le premier plan, aidés des moyens topiques nombreux destinés à modifier l'état local.

Dans la forme toxique, le chlorate de potasse est frappé d'une impuissance absolue et on peut en dire autant de presque tous les agents que nous fournit la matière médicale.

Dans les affections catarrhales de la muqueuse de la bouche et du pharynx qui accompagnent souvent la diphthérie, le chlorate de potasse jouit d'une efficacité incontestable. Son administration, toutefois, réclame la surveillance attentive du médecin, car des doses relativement modérées ont produit souvent des désordres très graves du côté de l'estomac et de l'appareil urinaire.

DR. L. COYTEUX PRÉVOST.

Ottawa, 8 septembre 1885.

Sur un nouveau traitement électrique de l'Hématocèle péri utérine par la Galvano-puncture négative. (1)

PAR MM. APOSTOLI ET DOLERIS.

L'application chirurgicale la plus importante de l'électricité est l'emploi du courant de pile à l'état continu sous forme de Galvano-Caustique chimique pénétrante on de Galvano-puncture.—A. Tripier a attaché son nom à cette cautérisation profonde dite *tubulaire*, et a donné de nombreux exemples des contributions qu'elle est destinée à

(1) Nos lecteurs liront avec intérêt ce résumé, que nous fait l'honneur de nous adresser M. le Dr Apostoli, d'une communication faite par lui-même, en son nom et en celui de M. Doléris, à l'*Association française pour l'avancement des sciences*, session de Grenoble, août 1885.

fournir à la chirurgie. L'action du courant de pile, en effet, est, dans le cas actuel, double et simultanée.

La première action est en partie contemporaine du passage du courant ; elle consiste à utiliser l'eschare négative, molle, diffluente et non rétractile, limitée au niveau du point de contact du trocart qui a fait une ponction préalable ; elle permet, à la chute de l'eschare, d'ouvrir sans aucun danger une collection morbide, plus ou moins profonde et de la mettre en communication avec l'extérieur, car l'eschare, en tombant, crée une fistule plus ou moins durable, tout en maintenant des adhérences entre la cavité pathologique et l'extérieur, (peau ou muqueuse). Cette première action, que l'on peut limiter et localiser à une profondeur voulue, variera dans des proportions identiques avec l'intensité et la durée du courant dépensé. La genèse artificielle d'une fistule aura le double avantage de permettre d'abord l'élimination naturelle du contenu de la poche et puis d'ouvrir en toute sécurité une porte plus ou moins grande qui permettra d'instituer un traitement topique ou antiseptique additionnel ; il convient d'ajouter que les cicatrices que laissent ultérieurement ces eschares négatives ont le double avantage d'être peu visibles et non rétractiles.

A côté de cette première action, toute *chirurgicale*, s'en place une deuxième, cette fois *médicale*, en grande partie *posthume* au passage du courant et qui lui survit longtemps après sa cessation ; cette action est toute *dynamique* ou *trophique* et est destinée à modifier la nutrition des collections pathologiques [abcès, kystes etc...] et à provoquer un processus de régression plus ou moins rapide. La plupart des application du courant continu sont tributaires de cette même action toute médicale : qu'il s'agisse de guérir une atrophie musculaire, de faire avorter une inflammation commençante, de résoudre une hyperplasie ganglionnaire, d'amener la régression d'une tumeur conjonctive ou fibreuse, etc, etc. Dans tous ces cas, en apparence différents, l'intervention sera identique ; le courant véhicule d'action chimique, mécanique et dynamique viendra influencer avantageusement le système nerveux qui règle tous les échanges nutritifs, et cela probablement en multipliant les courants électriques normaux qui accompagnent tout mouvement organique.

Sous l'influence de ces idées théoriques et cliniques, nous venons vous communiquer aujourd'hui nos nouvelles recherches sur le traitement électrique de *l'hématocéle péri-utérine*, basé sur une observation des plus concluantes, ayant déjà la preuve et la conviction que ce premier chapitre de thérapeutique gynécologique sera bientôt suivi de plusieurs autres, où nous montrerons la *périmétrite* et le *phlegmon chronique* devenus justiciables du même procédé.

Voici les indications très sommaires qui doivent règler l'emploi méthodique et raisonné du courant de pile dans le traitement de l'*hématocèle* :

1o. *Nature de l'intervention.*—C'est une ponction ordinaire suivie d'une *Galvano-caustique chimique*, qui devra toujours être *négative ;* on utilisera en effet les propriétés de l'eschare basique, molle, non rétractile, qui à la suite d'une perte de substance variable, donnera lieu à une fistule qui se maintiendra pendant quelques jours.

2o. *Le lieu de la ponction.*—C'est autant que possible au centre de la tumeur qu'il faudra créer la perte de substance, en apportant tous ses

soins pour éviter à la fois, soit l'utérus, soit l'intestin, soit un gros vaisseau : les deux touchers combinés, rectal ou vaginal, nous éclaireront sur la situation respective des organes ; d'un autre côté, les battements artériels, perceptibles au toucher, nous fixeront sur la situation d'un gros vaisseau qu'il faudra savoir éviter.

3o. *La dose de l'opération.*—Il la faut, autant que possible, élevée ; l'eschare et la fistule consécutive lui étant directement proportionnelles, il faudra savoir atteindre 100 milliampères, ce qui sera très facile, depuis que j'ai transformé l'autre pôle, (le positif dans le cas actuel) en pôle vraiment indifférent, par l'emploi d'un *corps mou, étendu en surface* et *plastique* : la *terre glaise.*

4o. *La durée.*—Elle devra se régler comme la dose ou l'intensité, sur l'étendue, ou la perte de substance à produire et l'action dynamique ultérieure qu'il faudra provoquer : de 5 à 10 minutes seront en général une moyenne suffisante.

5o. *Le moment de l'opération.*—Il doit être aussi *prématuré* que possible, et toute hématocèle diagnostiquée pourra et devra être immédiatement ponctionnée sans différer ; tout retard dan sl'opération pourrait aggraver le pronostic.

6o. *Le nombre des opérations.*—Une seule *Galvano-puncture* sera en général suffisante pour obtenir l'effet thérapeutique cherché, et la création d'une fistule suffisante ; si, par hasard, l'ouverture se fermait trop tôt et que la régression de la poche ne fut pas complète, on serait autorisé à en faire une deuxième.

7o. *Technique opératoire.*—Les détails très sommaires qui doivent régler l'opération sont les suivants : toute pile peut servir, pourvu qu'elle puisse donner une intensité suffisante qui demande à être appréciée mathématiquement et d'une seule façon par la lecture d'un bon *Galvanomètre d'intensité.* La pile *Léclanché* est la meilleure des piles médicales.—Le pôle actif devra être un trocart de grandeur moyenne, comme celle de l'hystéromètre, qui devra pénétrer à une profondeur moyenne de 1 à 2 centimètres. Le pôle indifférent sera un énorme gâteau de terre glaise, plaqué sur le ventre ou sur une des cuisses de la malade. Le vagin sera garanti à l'aide d'un manchon en verre ou en caoutchouc qui entourera le trocart jusque tout près de son extrémité.

8o. *Soins consécutifs.*—Il faudra faire avant tout *une bonne antisepsie* pendant l'opération, en flambant préalablement le trocart, et après en faisant 2 fois par jour des injections phéniquées fortes dans la poche, précédées de son raclage ou écouvillonage, s'il y a lieu.

9o. *Complication.*—Une ponction qui intéresserait à tort un gros vaisseau peut donner lieu à une hémorrhaghie inquiétante qui devra être arrêtée par le moyen le plus rapide qui consiste dans l'introduction immédiate et la dilatation forcée du speculum de *Gemrig,* maintenu en place quelque temps.

En résumé : 1o. L'hématocèle est destinée à trouver dans une méthode pleine de sûreté et de sécurité, la *Galvano-puncture-négative,* une ressource précieuse qui la conduira rapidement à la guérison, en diminuant la gravité ordinaire du pronostic. 2o. D'une façon générale la *Ténébration Galvano-caustique* [cautérisation tubulaire de Tripier]

agit par un double mécanisme: le premier *chirurgical* en fistulant largement les exsudats solides : (phlegmon chronique) : les néoplasmes, (fibrômes, myomes interstitiel, etc...), les parois des kystes : (hématômes, kystes extra-utérins, etc...) et leur ouvrant une voie d'élimination permanente. Le deuxième *médical* en créant un processus intime de désintégration suivi d'une régression rapide.

Paris, août 1885.

COMMUNICATIONS.

Traitement de la diphthérie.

Messieurs les Rédacteurs,

Je vois que, depuis quelque temps, la profession médicale s'efforce de trouver quel est le meilleur traitement possible contre cette redoutable maladie qui a nom diphthérie. Les uns vantent le chlorate de potasse à outrance et guérissent tous les cas possibles et même désespérés; d'autres disent que le susdit chlorate de potasse ne vaut pas même l'argent qu'il coûte chez le pharmacien et le considèrent, sinon comme nuisible, du moins comme parfaitement inutile. Selon moi, je pense qu'il y a exagération de part et d'autre et que l'on a tort de vouloir ériger, en véritable système, l'emploi du chlorate de potasse contre cette maladie, et de considérer cet agent thérapeutique comme un véritable spécifique.

D'abord, qu'est-ce que le chlorate de potasse, ou plutôt, quels sont ses effets physiologiques sur le corps humain, à l'état de santé ? A hautes doses, il produit une salivation plus ou moins abondante ; le mercure, que l'on a vanté et employé autrefois pour cette maladie et que l'on a dû abandonner non seulement comme inutile mais aussi comme nuisible, la produit de même ; d'ailleurs, dans un cas de diphthérie, la salivation est déjà assez abondante sans que l'on aille l'augmenter. On ne doit donc pas employer le chlorate de potasse, dans un but particulier de salivation. Le chlorate de potasse augmente aussi notablement l'appétit ; nous avons, en médecine, quelque chose de mieux, pour augmenter l'appétit de nos petits malades.

Le chlorate de potasse a aussi la propriété de rendre les urines plus fréquentes, plus abondantes et plus fortement acides. On pourrait donc l'employer ici comme émonctoire, et c'est alors, je pense, que ce sel peut exercer une influence heureuse sur la diphthérie puisque cette maladie est reconnue aujourd'hui comme un véritable empoisonnement du sang; alors, donnons-le à hautes doses à l'intérieur et ce sera un adjuvant splendide. Mais de là à le considérer comme un spécifique contre la diphthérie, comme l'est le mercure pour la syphilis, ou la quinine pour la fièvre intermittente, ce serait certainement, selon mon humble expérience, exagérer l'importance et l'utilité de cet agent, et en voici la raison. En 1878, nous avons eu de cette maladie une épidémie terrible à St-Polycarpe, et je dois avouer, pour ma part, que le chlorate de potasse, qui passait alors, comme on s'en souvient, pour un remède souverain contre la diphthérie, m'a joué de

lains tours, après que je l'eus employé, sur quelques-uns de mes patients, à de plus hautes doses que celles dont il est parlé par vos deux correspondants, MM. les Drs Lippé et Laurin. Je l'employai alors à l'intérieur, comme je viens de le dire, et aussi en gargarismes fréquents, trois à quatre fois par heure.

Sur une vingtaine de cas que j'eus alors, je n'en sauvai que trois par ce traitement. Ainsi, comme on le voit, il n'y avait pas de quoi me réjouir de mes succès.

Cette année, nous avons, depuis janvier, la même épidémie de diphthérie qui n'est certaidement pas moins meurtrière que celle de 1878. Depuis le 14 février, j'ai eu sous mes soins neuf cas de cette maladie; de ces neuf cas, huit revinrent à la santé et un mourut. Je n'ai actuellement sous mes soins que deux enfants qui ont eu des paralysies consécutives qui s'améliorent tous les jours et dont il ne restera plus de traces avant la huitaine.

Maintenant, quel a été mon traitement? D'abord, cautérisations profondes, sans ménagement, dès le début, non seulement là où siègent les plaques diphthéritiques, mais aussi sur toute l'arrière-gorge, du moment que je voyais que le reste du pharynx était d'un brun foncé. On sait que si, lors d'une visite, on trouve une ou deux légères plaques diphthéritiques et que le reste de la gorge est aussi enflammé, trois, cinq, huit heures après, toute la gorge sera peut-être envahie et tapissée de fausses membranes. Je cautérise donc alors que tout le mal est tout-à-fait local et parfaitement à ma portée. J'ai cautérisé une de mes petites patientes, âgée de cinq ans, trois fois dans une journée et une nuit, et c'est après ces cautérisations que je donnais, en gargarismes, des solutions concentrées d'alun et de chlorate de potasse, comme détersifs, quatre fois par heure. J'ordonnais en même temps des lavages émollients qui sont ici d'une utilité absolue pour ramollir les fausses membranes et les détacher de leurs surfaces; aussi je prescrivais toujours l'eau chaude en gargarismes et le plus souvent possible par heure Durant le jour, je commandais dix à douze lavages par heure; c'est beaucoup de travail de la part du patient, mais si les parents sont intelligents, la besogne se fait bien, et si l'enfant est récalcitrant, on n'a qu'à lui mettre deux petits bouchons de liége à chaque coin de la bouche, et la seconde fois, il rejettera les bouchons et se gargarisera.

Comment ai-je traité les ganglions cervicaux et sous-maxillaires qui s'enflamment et se tuméfient toujours dans un véritable cas de diphthérie? Doit-on esssayer la teinture d'iode? non, selon moi; je l'ai essayée plusieurs fois et elle n'a fait que du mal: une fois surtout, après deux applications, les ganglions avaient doublé de dimension. J'ai essayé les compresses d'eau chaude, aussi chaudes que possible et renouvelées souvent, et j'ai vu, en six heures de temps, des ganglions se résoudre complètement, à la grande satisfaction des patients et des parents. Un de mes confrères vante beaucoup les applications de glace pour amener la résolution de ces ganglions; je n'ai essayé la glace qu'une seule fois, cette année, et je n'ai pas eu à m'en féliciter.

Quant au traitement interne, tout le monde s'accorde à donner les meilleurs toniques et les meilleurs reconstituants du sang.

Encore quelques considérations et je finis. On va me dire probablement que les cautérisations pratiquées sur le pharynx non tapissé de

fausses membranes sont certainement inutiles ou du moins prématurées, puisqu'il n'y a rien. Encore une fois, il peut n'y avoir rien du tout, excepté cette couleur brune foncée qui nous indique de suite que dans trois, quatre, cinq heures, elle sera certainement recouverte de produits diphthéritiques; ainsi, nous sommes sûrs qu'il y aura quelque chose, et c'est précisément pour cela que nous devons faire de la médecine substitutive, comme nous en faisons dans d'autres circonstances. Je prétends que, en agissant ainsi, l'on substitue une inflammation de bonne nature à une autre de mauvaise nature ou que du moins nous la modifions beaucoup.

Tel est, MM. les Rédacteurs, le traitement que je suis dans la diphthérie, lequel traitement n'est pas neuf, puisqu'on le rencontre décrit dans presque tous nos auteurs modernes, à part quelques légères variantes. Ce traitement est énergique, mais le mal l'est aussi, et l'on ne doit pas s'attendre à le guérir avec de l'eau de rose; il demande aussi beaucoup d'énergie et de travail de la part du médecin et des parents, mais souvenons-nous aussi que la moindre négligence ou le moindre retard de la part des parents seront fatals aux petits patients, puisque c'est une maladie qui, généralement, abandonnée à elle-même, ne pardonne pas.

Veuillez me croire, avec considération,

Votre, etc.,

Dr J. O. Mousseau.

St-Polycarpe, 28 août 1885.

Diphtérie et Chlorate de Potasse.

Messieurs les Rédacteurs.

Drôle de correspondant que *Médecine*, qui, pour de bonnes et valables raisons, sans doute, n'ose pas signer son vrai nom. Un homme qui craint d'endosser la responsabilité de ses écrits, surtout dans un cas comme celui-ci, où il s'agit de l'intérêt, et même de la vie de ses concitoyens, décèle par cela même la faiblesse de sa cause.

En effet, lisez la première correspondance de *Médecine*, en juin dernier. Après avoir nommé Ringer et Bartholow qui ne disent pas un seul mot de l'emploi du chlorate de potasse dans l'angine couenneuse, Stillé et Jacobi qui en déconseillent formellement l'usage, votre correspondant y dit: " Malgré l'autorité considérable des auteurs que je " viens de citer, j'accorde à *Un abonné* que le chlorate de potasse peut " rendre quelques services dans un cas donné d'angine diphthéritique." Voilà donc *Médecine* qui ne partage plus l'opinion de Ringer et de Bartholow, encore moins celle de Stillé et de Jacobi. Ne reste plus que Gubler, qu'il cite dans sa correspondance de septembre, et qui dit que le chlorate de potasse ne saurait être qu'un palliatif insignifiant, dans la diphthérie infectieuse. *Médecine* accepte-t-il sa manière de juger ce remède? non pas; au lieu de le trouver un palliatif insignifiant, il vient nous dire quelques lignes plus loin, et fort ingénument: "Je n'ai pas nié les bons effets du chlorate de potasse." Donc lui aussi se range avec nous contre les propres auteurs qu'il invoque pour nous combattre.

Il faut avouer que s'il n'a pas d'autres autorités pour s'appuyer, il court un grand risque, ou plutôt une grande chance, d'en venir à partager complètement notre opinion.

Médecine demandait des chiffres ; je lui en ai donné. Alors de s'écrier : Les faits ne sont pas la science." C'est sans doute pour cela qu'il s'abstient de nombrer les cas où le chlorate a échoué. Mais si vous n'avez pas de faits, où l'appuierez vous votre science ? Que servira l'échafaudage de votre érudition, si, tous les jours, les faits viennent démontrer le vide, l'ineptie de vos conceptions, et démentir toutes vos conclusions. La science est vraie, alors elle ne peut qu'être d'accord avec les faits.

J'avoue qu'on doit se défier des chiffres, surtout dans l'art de guérir. " Mais comme je l'ai rapporté dans ma communication de juillet 1883, quand vous voyez, sur six malades de diphthérie, dans une seule maison, cinq prendre le chlorate de potasse et guérir, un ne pas vouloir en prendre, et mourir ; dans une autre famille, trois membres succomber en peu de jours, atteints aussi de diphthérie, trois autres en réchapper avec le chlorate de potasse ; quand vous voyez un grand nombre d'individus trépasser sans avoir été soignés, ou après avoir été soignés par différents médicaments, et ceux qui ont pris le chlorate de potasse en revenir tous, ou presque tous ; cela fait plus que compenser la relation du cas des huit personnes que *Médecine* suppose, après coup, avoir été frappés par la diphthérie. Le correspondant ne peut nier que ces faits sont plus concluants que les siens.

Remarquez bien que ma communication a trait à une épidémie qui sévit dans notre paroisse en 1880. Je ne parle pas des cas isolés ; car je pourrais en ajouter un bon nombre encore, entr'autres, cinq depuis le printemps dernier, dont deux dans ma propre famille, tous traités par le chlorate et terminés favorablement, lesquels cependant auraient pu, probablement, avoir la même issue par d'autres remèdes ou même sans remèdes. Mais quand la maladie règne d'une manière épidémique elle revêt une gravité bien autrement redoutable : c'est alors que le chlorate de potasse manifeste toute sa puissance.

Puisque *Médecine* parait exercer son art dans une grande ville, il doit avoir eu l'occasion de rencontrer quelques cas de diphthérie ; que n'a-t-il essayé le chlorate de potasse ? ne fut-ce que pour démontrer l'insuffisance de ce médicament.

Il nous invite, le Dr Laurin et moi, d'aller pratiquer à Montréal. N'eussent été certaines considérations, il y a longtemps que j'y serais rendu, et que j'aurais augmenté, au moins j'en ai la ferme conviction, le nombre des guérisons que le chlorate de potasse m'a procurées dans le traitementde la diphtérie, et prouvé à *Médecine* que ce remède, quand il est bien administré, est aussi puissant là qu'à St-Ambroise et à Lorette.

Vous remerciant, MM. les Rédacteurs, de votre obligeance,

Je demeure, etc.

Dr J. Lippé.

St-Ambroise de Kildare 25 septembre 1885.

A propos de vaccination.

Messieurs les Rédacteurs,

La terrible épidémie de variole qui sévit en ce moment nous donne des leçons importantes. Elle met en évidence plusieurs vérités incontestables.

1° Que la vaccination doit être pratiquée sans retard sur tous les sujets qui n'ont pas été vaccinés. C'est le seul moyen d'arrêter la maladie. C'est surtout pressant si un cas se déclare dans une famille. On doit alors en vacciner tous les membres.

2° Que les mauvais cas qui ont été produits par l'inoculation ne sont pas l'effet de la véritable vaccination, mais le résultat malsain et dangereux d'une vaccine datant de plus de trois semaines. De là les érysipèles et d'autres conséquences désastreuses.

3° Qu'on ne doit pas vacciner avec de la vaccine de plus de trois semaines. Il faut qu'elle soit conservée au frais et non tenue négligemment dans les poches de la veste où la chaleur du corps la décompose en deux ou trois jours. J'insiste sur la vérité de ce dernier principe. Car si la vaccination publique n'a pu être faite ce printemps et cet été, c'est dû à ce que la lymphe vaccinale, en vieillissant, avait changé sa nature bienfaisante pour devenir un poison animal en décomposition. Vaccinons, si nous voulons prévenir l'extension du fléau. Mais, de grâce, ne vaccinons qu'avec du vaccin d'une semaine ou de deux semaines, au plus, et avec tous les soins requis.

4° Il se présente une question sérieuse à résoudre. Doit-on pratiquer la vaccination chez les femmes à la fin de la grossesse, surtout en temps d'épidémie? Il y a de nombreux cas où les enfants ont eu la variole avant de naître. Ils ont infecté leur mère et tous deux ont péri victimes de la maladie. Il n'y a pas, il me semble, à hésiter. Il faut donc pratiquer cette opération pour préserver l'enfant et prévenir un grand malheur.

Résumé.—Les médecins, tant à la ville qu'à la campagne, sont dans l'obligation morale rigoureuse de tenir à la disposition du public du vaccin, en quantité suffisante et de n'en donner que du frais, en le renouvelant au besoin, sans regarder au prix et au trouble, et de veiller à ce que la vaccination soit faite chez les enfants vers l'âge de trois mois.

C'est un devoir d'humanité. C'est un devoir national, afin de sauver au pays ses forces vives. C'est un devoir envers notre religion en préservant ainsi l'enfance en qui elle a ses plus belles espérances.

* * *

Montréal, 12 septembre 1885.

De l'emploi thérapeutique de l'hydrastis canadensis, par Ichatz.—Ce médicament, très utilisé en Amérique, est en Allemagne l'objet d'expériences qui lui reconnaissent une certaine valeur en thérapeutique gynécologique. On emploie, à Rostock, l'extrait aqueux à la dose de 20 gouttes, quatre fois par jour, contre la métrorrhagie, la dysménorrhée congestive, les hémorrhagies dues aux corps fibreux, etc. Les résultats sont favorables; l'action est exclusivement locale; c'est celle d'un tonique des organes génitaux.—*Lyon médical.*

REVUE DES JOUNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Pneumonie bacillaire aigue et pneumonie franche, son diagnostic.—Clinique de M. le professeur Germain SÉE à l'Hôtel-Dieu. (1)

Messieurs, dans le cas précédent, nous avions assisté au début de la maladie, nous avions vu naître et évoluer les foyers successifs de pneumonie caséeuse.

Il peut se faire que vous vous trouviez d'emblée en présence de malades chez lesquels l'induration pulmonaire occupe déjà tout un côté du thorax; chez lesquels les foyers accolés se distinguent par les signes qu'ils donnent à l'auscultation. Les plus anciens présentent des râles sous-crépitants; les plus récents simplement du souffle tubaire. La matité est absolue, généralisée à tout le poumon malade. Les commémoratifs vous indiqueront seulement la date et le mode de début de la maladie; de sorte que, pour poser votre diagnostic, vous vous trouverez cette fois encore fort empêchés. Si vous ne cherchez pas les bacilles de Koch, vous soupçonnerez la tuberculose pendant huit ou dix jours sans pouvoir l'affirmer.

Vous savez que nous nous sommes récemment trouvés très embarrassés, dès notre premier examen d'un jeune malade de la salle Saint-Christophe, dont voici l'histoire:

Un jeune homme, 18 ans, ne présente rien de particulier dans ses antécédents personnels ou héréditaires. Il s'est toujours très bien porté. Il toussait depuis une dizaine de jours, lorsqu'il fut pris de malaise, de courbature, de mal de gorge. Douze jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, il dut prendre le lit. Son abattement était plus grand, la toux fréquente et pénible. Il n'y avait pas eu de frisson initial, mais plusieurs petits frissons peu intenses. Pas de point de côté.

Le 17 mars, il arrive à l'hôpital avec le diagnostic " Pneumonie " porté par un médecin de la ville. La face est pâle, la dyspnée marquée. Le pouls est rapide, la température à 39o4.

L'expectoration est jaune, ambrée, transparente, non aérée, fortement adhérente au fond du vase.

A l'examen de la poitrine, on constate de la matité absolue dans toute l'étendue du thorax, en arrière de la fosse sus-épineuse, à la base du poumon. A l'*auscultation*, râles sous-crépitants peu volumineux, agminés, augmentant par la toux dans la fosse sus épineuse. L'expiration y est rude, et déjà tubaire. Au-dessous de ce point, souffle tubaire très intense avec augmentation des vibrations thoraciques et retentissement exagéré de la voix, jusqu'à 10 à 12 centimètres au-dessus de la base du thorax. A ce niveau, le souffle se modifie, il devient plus aigre et prend nettement le timbre pleurétique. La voix produit là un chevrotement égophonique non douteux.

En avant, sous la clavicule, bruit skodique évident; on retrouve la matité sur le trajet de la ligne axillaire antérieure. Là, il existe un

(1) Suite et fin. Voir la livraison précédente.

foyer compact de râles sous-crépitants qui s'étend sur un espace large comme la main.

A gauche, pas de modifications de la sonorité dans la fosse sus-épineuse. Submatité à la base, sur une hauteur de dix à douze centimètres, à la partie la plus inférieure du poumon et seulement en se rapprochant de la colonne vertébrale, sur la moitié environ de l'étendue comprise entre le rachis et la ligne axillaire postérieure. Dans la région qui correspond à cette submatité, souffle tubaire, peu marqué, plus évident à mesure qu'on se rapproche de la colonne vertébrale.

L'expectoration est gluante, elle adhère fortement au fond du vase; elle est transparente, non aérée, couleur sucre d'orge.

Le 21, ces mêmes phénomènes persistent. Les râles sont plus nombreux et plus humides dans la fosse sus-épineuse droite. Dans la fosse sous-clavière, on perçoit des râles sous-crépitants nombreux augmentant par la toux, sans matité dans la région correspondante. A la base, en arrière, il s'est fait certainement de l'épanchement, car le souffle est devenu plus franchement pleurétique, et la ligne d'égophonie s'est élevée d'un travers de main environ, suivant une ligne oblique de dedans en dehors. Au-dessous de cette ligne, obscurité complète de la respiration; pectoriloquie aphone. On perçoit toujours, du reste, le souffle tubaire dans toute la partie moyenne du poumon, en arrière.

A gauche, expiration rude, à timbre tubaire dans la fosse sous-épineuse. A la base, souffle tubaire un peu aigre, rappelant le souffle pleurétique dans le quart inférieur du poumon. Retentissement exagéré de la voix dans toute l'étendue occupée par le souffle.

La fièvre, après être tombée d'un degré et demi, le lendemain de l'entrée du malade, est remontée aux environs de 40 degrés. La dyspnée est plus marquée.

L'expectoration a cessé d'être *pneumonique;* elle est constituée par deux parties, l'une liquide, pituiteuse, aérée; l'autre compacte et purulente. Il y a des bacilles de la tuberculose en grande quantité.

Le 29, le poumon gauche est envahi par le souffle tubaire dans les deux tiers de son étendue. Le tiers moyen seul est normal. Dans le tiers inférieur, on constate du souffle pleurétique et de l'égophonie; dans le tiers supérieur, du souffle tubaire et des râles sous-crépitants. Les régions correspondantes sont mates.

La voix est éraillée, aphone, le larynx douloureux à la pression. Depuis deux jours, le malade rejette des crachats sanglants.

La fièvre est toujours vive. Il y a des sueurs abondantes, de l'amaigrissement marqué.

Evidemment, Messieurs, les signes physiques, la marche de la maladie, les phénomènes généraux, les crachements de sang survenant depuis deux jours suffiraient pour poser le diagnostic tuberculose que confirme absolument la présence de nombreux bacilles dans les crachats.

Il n'en était pas de même au moment de l'entrée du malade. La bronchite antérieure, l'angine du début, la répartition des signes physiques eussent pu faire penser encore ici à la pneumonie migratrice, et peut-être plus particulièrement à la pneumonie migratrice d'origine grippale.

Les bacilles trouvés en abondance ont de suite levé tous les doutes: il s'agissait d'une pneumonie caséeuse.

Remarquez, Messieurs, que, si dans les deux observations que je viens de vous rapporter il n'y avait pas eu d'hémoptysie, le début avait été dans les deux cas assez insidieux. Il n'y avait pas eu de frisson initial intense marquant la survenue de la maladie. Le point de côté avait été peu douloureux, assez diffus. Ce sont là des présomptions en faveur de la nature de l'affection, mais des présomptions bien faibles en comparaison de la certitude que donne l'examen histologique.

Remarquez encore que le premier jour l'expectoration était absolument pneumonique: transparente, non aérée, couleur sucre d'orge, fortement adhérente au fond du crachoir; et cependant c'est dans cette expectoration que se sont rencontrés les bacilles pathogéniques. Dès le lendemain, il est vrai, les crachats changeaient de caractère et devenaient muco-purulents.

III.—*Conclusions*: Parvenus au terme de cette étude, il est bon que nous jetions un coup d'œil en arrière pour reconnaître le chemin que nous avons parcouru, pour résumer les propositions qui doivent résulter de cette exposition.

Je crois vous avoir démontré, par les exemples que je vous ai cités, que la pneumonie caséeuse aiguë, la bacillose massive aiguë peut prendre le masque de la pneumonie franche, et simuler plus particulièrement la pneumouie simple du sommet de la pneumonie progressivement envahissante, à foyers successifs, dite pneumonie migratrice.

Lorsque l'hémoptysie manque au début de ces pneumonies caséeuses, elles peuvent reproduire complètement l'aspect des pneumonies franches, fibrineuses. Le mode du début, le peu d'intensité du point de côté, l'absence du grand frisson initial, et le siège des lésions au sommet sont des raisons de penser à la tuberculose; cette tuberculose toutefois ne peut pas être affirmée si l'on ne démontre pas par le microscope l'existence des bacilles de Koch dans l'expectoration.

La pneumonie caséeuse à forme envahissante, à foyers migrateurs, peut simuler à s'y méprendre la pneumonie fibrineuse dite migratrice. Les signes physiques, l'expectoration, le mode d'évolution, sont à peu près identiques. Les nuances révélées dans la marche de la maladie, dans l'évolution des signes cliniques, permettent de songer à l'infection tuberculeuse, elles ne permettent de l'affirmer que lorsque les lésions sont devenues ulcéreuses.

Au contraire, la présence des bacilles de Koch, très nombreux dans ces conditions, permet d'affirmer de suite le diagnostic. Leur absence à des examens répétés indiquerait avec une probabilité très voisine de la certitude que la pneumonie n'est pas caséeuse, qu'elle appartient à une espèce curable.

Vous voyez donc, Messieurs, qu'on semblable occurrence, il vous faut au plus tôt faire la recherche des bacilles. Leur présence vous amènera à affirmer le diagnostic de ces formes larvées au moins dix ou douze jours plus tôt que ne pourrait le faire la simple exploration stéthoscopique.

Remarquez, du reste, que la pneumonie caséeuse peut très bien débuter par le lobe moyen ou inférieur du poumon. Malgré les phénomènes peu nets du début, l'idée de la tuberculose vient moins vite que lorsque le sommet est pris d'emblée.

C'est seulement parce que la fièvre persiste au delà des limites habituelles, parce que les râles deviennent plus humides, que la pensée de

la pneumonie caséeuse vient à l'esprit. Dans un cas de ce genre, nous avons récemment rencontré les bacilles dès le premier examen et évité ainsi une période plus ou moins prolongée d'incertitude.

En résumé, il vous faudra chercher les bacilles de Koch dans toutes les pneumonies du sommet, dans toutes les pneumonies migratrices et dans celles qui présentent quelque chose d'anormal dans leur début, leur évolution, et surtout dans leur mode de résolution.

La certitude rapide du diagnostic et surtout du pronostic vous récompensera largement de la peine, minime du reste, que vous vous serez donnée.—*Union médicale.*

Traitement de la néphrite aigue, par Aufrecht.—En conformité avec ses vues sur la nature anatomique de la néphrite aiguë, Aufrecht proscrit l'emploi des diurétiques et diaphorétiques, recommande la plus grande réserve dans la prescription de tout médicament en général ; tout au plus, après quelques semaines, combat-il l'anémie au moyen du fer. La règle de toute intervention repose sur ce principe qu'il faut ménager les fonctions de l'épithélium malade en réduisant au minimum le travail d'élimination des substances extractives. Par conséquent, au début, avec le repos au lit, on n'autorisera que le minimum d'alimentation azotée : on recommandera de préférence les végétaux digestibles ; le lait et le bouillon ne s'administreront qu'au bout de deux semaines. A l'appui de cette pratique, Aufrecht cite le cas d'un enfant atteint de néphrite aiguë consécutive à la scarlatine, guéri après une anurie ayant duré 80 heures, au moyen de la diète alimentaire préconisée, et n'ayant pris qu'un peu d'opium.—*Bern. Klin. Woch.—Lyon médical.*

Injections arsenicales parenchymateuses dans la leucémie splénique, par Peiper.—Prenant en considération les résultats obtenus par Mosler à la suite d'injections arsénicales dans le parenchyme splénique chez des paludiques, Peiper eut l'idée de pratiquer la même opération dans un cas de leucémie splénique chez un homme de 33 ans ; la proportion des globules blancs aux hématies était de 2 à 3 ; la rate volumineuse et très résistante. Après avoir préparé son malade au moyen d'un traitement général approprié, il pratiqua, dans l'espace de 8 semaines, 10 injections d'une solution de la liqueur de Fowler. Ces injections furent parfaitement supportées ; la rate subit immédiatement une réduction notable et qui se poursuivit encore les mois suivants. L'auteur croit pouvoir préconiser cette thérapeutique dans les cas analogues, mais réalisant surtout les conditions suivantes : rate consistante, aucune tendance aux hémorrhagies, état général satisfaisant, et emploi préalable des médicaments spléniques; pendant les quelques heures suivant l'injection, applications locales de glace.—*Lyon médical.*

De la névrose hypnotique.—Leçon de M. le professeur Charcot à la Salpétrière.—Cette névrose se montre sous trois états différents, ce sont comme autant de maladies qui se succèdent. Ebauchées ou incomplètes, dans ce qu'on pourrait appeler le petit hypnotisme, ces trois formes se rencontrent avec tout le développement dans le grand hypnotisme, mais ce n'est guère qu'à la suite d'une sorte d'entraînement.

Léthargie.—On amène cet état chez la jeune femme qui nous est montrée en lui faisant regarder fixement un objet; après un temps très

court, les yeux se ferment et la tête s'incline. Elle semble dormir d'un sommeil profond et sans rêves ; quoiqu'il en soit, le réveil ne laisse le souvenir d'aucune sensation ni d'aucune idée.

Pendant cette période, il existe une extrême hyperexcitabilité neuro-musculaire ; tout muscle touché par pression ou par frottement se contracte aussitôt ; tout nerf, excité de la même façon, fait entrer en contraction les muscles qu'il innerve. On fait ainsi contracter sous nos yeux les divers muscles de la face et les muscles innervés par le facial, le cubital et le médian. Aussitôt que l'excitation cesse, la contraction disparaît.

La malade est si profondément endormie qu'elle est insensible aux bruits du dehors. On peut l'appeler, la secouer, sans qu'elle réponde d'aucune manière.

La contraction étant bornée ici aux seuls muscles ou nerfs excités, ne détermine, dans la physionomie ou le geste qu'une expression incomplète et qui ne se généralise pas, au contraire de ce que nous allons voir dans une autre période.

A l'état de veille, un mouvement, quel qu'il soit, semble éveiller en nous une idée, ce mouvement faisant partie d'une attitude ou d'un geste dont la signification est invariable et déterminée ; mais la conscience, alors bien éveillée, réagit contre cet entraînement. Dans les états de conscience incomplète comme ceux dont il va être question tout à l'heure, l'association se fait et le mouvement éveille une idée, comme aussi, en retour, l'idée suscite un mouvement ou une série de mouvements combinés ; mais dans le cas présent, il ne se produit rien, ce qui vient à l'appui de ce que M. Charcot nous disait en commençant, à savoir que cet état est un sommeil sans rêves et sans idées.

Catalepsie.—Pour faire passer le sujet de la léthargie à la catalepsie, il suffit de lui ouvrir les yeux. Aussitôt, l'hyperexcitabilité disparaît.

Dans la catalepsie vraie, tous les membres sont dans un état de souplesse parfaite et, de plus, toutes les attitudes sont logiques et harmonieuses, c'est-à-dire que le corps, tout en obéissant avec la plus grande facilité aux mouvements qu'on lui imprime, prend, pour chacun de ces mouvements, une attitude qui semble correspondre à un sentiment ou à une sensation ; la physionomie est en rapport avec un geste imprimé, ce qui est l'indice d'un certain réveil mental.

On peut combiner cette période de catalepsie à celle qui précède, à la léthargie ; on n'a, pour cela, qu'à fermer un œil et aussitôt la léthargie reparaît, avec tous ses caractères, dans le côté du corps dont l'œil a été fermé, pendant que la catalepsie persiste dans l'autre, et pour faire reparaître cette catalepsie que l'on vient ainsi de chasser, il suffira d'ouvrir de nouveau l'œil qu'on avait fermé.

Ici, comme dans la période précédente, l'inertie mentale est absolue ; mais il est possible, cette fois, de réveiller une idée ou un groupe d'idées associées ; pas plus, car l'ensemble d'idées coordonnées qui constitue la conscience n'interviendra pas, et l'idée suscitée s'éteindra sans rien ébranler autour d'elle.

La malade respire à peine, l'attitude à laquelle elle est soumise semble ne lui coûter aucun effort ; mais le membre finit par revenir à la position de repos, lentement et sans secousses. Un simulateur peut tenir le bras levé ou étendu aussi longtemps qu'un cataleptique, et sans qu'un examen superficiel permette de faire la distinction ; ce n'est qu'en enrégistrant le tracé de la respiration ou de la contraction mus-

culaire, qn'on pourra démasquer la ruse. En effet, la respiration du cataleptique, qui est calme et lente, se traduit par une ligne à peine ondulée et le tracé de sa contraction musculaire, qui est absolument uniforme, donne une ligne droite ; chez lui, il n'y a pas d'effort. Chez le simulateur, au contraire, l'effort est continuel et il produit, dans la graphique respiratoire, une ligne à oscillations étendues et fréquentes, et dans celui de la contraction musculaire, des ondulations composées elle mêmes de tremblements nombreux et menus.

Nous avons dit qu'une idée suggérée va réveiller un certain nombre d'idées associées, sans que la conscience y prenne part. C'est ainsi que s'exprime l'influence, bien connue déjà, du geste sur la physionomie : ainsi, on approche de ses lèvres les mains étendues, comme dans l'action d'envoyer un baiser, en même temps, la physionomie prend une expression de colère ; on met le sujet à genoux, les mains jointes et la tête levée, et la figure prend l'expression de la prière et de l'extase. Nous allons voir maintenant l'influence réciproque et tout aussi remarquable de la physionomie sur le geste.

Dans la période présente, l'attouchement n'étant pas suffisant pour exciter la contraction des muscles, on a recours à un moyen plus puissant et on fait intervenir l'électricité. Les électrodes d'une machine d'induction sont placés successivement sur les frontaux, les sourcilliers les zygomatiques, les releveurs de l'aile du nez, et à l'instant la physionomie indique l'attention, la colère, le rire, le dédain, en même temps que la malade prend toutes les attitudes et fait tous les gestes qui concourent à l'expression du sentiment sous l'influence duquel elle semble se trouver. Tous les sentiments ainsi éveillés sont exprimés avec une grande intensité et l'on peut constater, en les analysant, que les peintres ne les ont pas toujours rendus avec l'exactitude désirable.

Dans la phase actuelle, il est impossible d'exciter de suggestions par la vue ou l'ouïe ; on ne réussit qu'en s'adressant au sens musculaire.

Somnambulisme—Pour le produire chez le sujet en catalepsie, on appuie la main sur le sommet de la tête. Cet état paraît être pénible, car la malade fait des mouvements de défense et semble chercher à s'y soustraire.

Dans la période de catalepsie, le sujet, avec ses yeux grand ouverts et son immobilité, ressemblait à une statue ; dans celle de somnambulisme, il a les yeux à demi fermés et paraît engourdi. Il n'y a pas ici d'hyperexcitabilité neuro-musculaire, ni d'exagération des réflexes ; mais il existe une hyperesthésie de la peau extrêmement intense ; sous l'influence de très légers frôlements, comme ceux qu'on peut produire avec les barbes d'une plume, les muscles non seulement se contractent, mais se contracturent. On fait cesser cette contracture, de même que la contraction de la période léthargique, en excitant les muscles antagonistes jusqu'à ce qu'on ait obtenu le retour à la position de repos.

Ce n'est que dans le somnambulisme qu'on peut obtenir la suggestion d'idées et d'actes combinés d'une certaine étendue. Tout dort ici dans le cerveau, comme dans la catalepsie, mais pas aussi profondément ; le groupe d'idées qui s'associent sous l'influence d'une idée suggérée est bien plus étendu. Il y a même une sorte d'éveil de la conscience, car le sujet proteste contre une injonction ou une idée qui lui déplaît ; mais il finit cependant par se soumettre, car il est entièrement sous la dépendance de celui qui l'a endormi et malgré cette espèce de protestation du moi, il n'est pas autre chose qu'un automate.

M. Charcot s'approche de la malade et lui dit :—Tiens, prends ce petit oiseau. Aussitôt, celle-ci semble regarder un oiseau qui serait dans ses mains, qu'elle fait passer d'un doigt sur l'autre, qu'elle approche de ses lèvres comme pour l'embrasser, et auquel elle sourit.—Mais, c'est un vilain perroquet, lui dit-on. Alors, elle éloigne vivement la main et secoue le doigt, comme pour en faire tomber l'animal.

Le professeur approche son doigt et lui fait décrire une ligne en zig-zag sous ses yeux. Cela a suffi pour donner à cette somnambule l'idée d'un reptile et alors elle se rejette en arrière, avec les signes d'une vive horreur.

Puis on lui dit, en lui montrant le parquet :—Tiens, les jolies marguerites. Alors, elle se baisse, semble en cueillir, les réunir dans l'autre main, et, quand elle se relève, M. Marie fait le geste de lui tendre un fil qu'elle a l'air de prendre et d'enrouler autour de son bouquet.

On lui montre alors des feuilles de papier blanc, au verso de l'une desquelles on a fait un petit signe qui permettra de la reconnaître, c'est elle qu'on a placée au-dessus des autres—Tu vois bien, lui dit-on, le portrait de M. Marie.—Oui.—Tu le reconnaîtras.—Oui. Puis on mêle cette feuille aux autres et on les lui présente en l'invitant à chercher. Cette fois, elle s'est trompée, ce qu'on attribue à la fatigue, et on la réveille ; il suffit pour cela de lui souffler sur les yeux. Elle a l'air alors d'une personne qui vient de s'éveiller, elle se frotte les yeux.

Pendant son sommeil de tout à l'heure, on lui avait placé un ouvrage de broderie dans les mains et aussitôt elle s'était mis à le continuer. Il arrive que ces malades s'endorment spontanément et continuent à travailler ; mais, au réveil, comme elles ne gardent aucun souvenir de ce qui s'est passé, elles s'étonnent de trouver parfois leur ouvrage mal fait, ce qui arrive plus souvent que le contraire, malgré l'opinion qui règne à ce sujet.

On remet la malade en état de somnambulisme : mais cette fois, on l'y fait passer directement en pressant sur les yeux, puis sur la tête, comme l'a indiqué Lasègue. M. Charcot lui donne la suggestion de son propre portrait sur la feuille de papier blanc, puis il la mêle parmi les autres ; mais en ayant soin de la placer de telle sorte qu'en supposant l'image réelle, la tête soit placée en bas. Cette fois, l'expérience réussit bien : la malade prend la feuille qu'elle avait sous les yeux quand la suggestion lui a été donnée, mais elle s'empresse de la changer de sens, car elle voit alors, comme elle le dit d'ailleurs, le portrait la tête en bas.

On la réveille et, après avoir de nouveau mêlé les feuilles, on les lui présente. Elle reconnait fort bien celle qui lui a été montrée, quoique aux yeux de tout le monde rien ne la distingue des autres que le léger signe placé derrière et qu'elle ne peut pas voir ; elle ne se trompe pas davantage sur la place et la situation que cette image occuperait sur le papier.

L'hallucination, persistante parce que pendant le somnambulisme on lui a dit qu'il en serait ainsi, peut durer plus d'une journée ; mais elle finit par s'effacer, ce qui embarrasse un peu la malade, d'autant plus que ses camarades la plaisantent au sujet de ces prétendus portraits.—*Journal de la Santé Publique.*

Phthisie catarrhale, hémoptysies et bronchites chroniques, leur traitement par la terpine.—M. le professeur Germain Sée s'est livré à des recherches sur la terpine, principe actif des différentes térébenthines, contre les affections susindiquées. Il a communiqué à l'Académie de médecine de Paris un travail sur ce sujet, qu'il termine par les conclusions suivantes :

La terpine constitue un modificateur énergique de la muqueuse respiratoire et un antisécrétoire puissant :

1o Elle diminue et tarit rapidement l'expectoration purulente dans les formes catarrhales de la phthisie. Que la sécrétion muco-purulente provienne des bronches irritées par les tubercules ou bien de la paroi des cavernes pulmonaires, que la maladie soit au début ou dans la phase de la fonte purulente, ou même à la période des excavations formées, la terpine sera indiquée toutes les fois que la formation de pus est assez abondante pour fatiguer le malade ou pour épuiser ses forces et pour entraîner le dépérissement.

2o Elle sera employée avec succès dans les hémoptysies de la tuberculose commençante, c'est-à-dire lorsque la maladie n'est pas arrivée au développement des grandes cavités avec anévrismes de l'artère pulmonaire.

3o Dans le traitement des catarrhes pulmonaires, des bronchites chroniques indépendantes de l'asthme et ne provoquant qu'une dyspnée par encombrement des bronches, la terpine constitue le meilleur moyen d'amoindrir l'hypersécrétion bronchique.

4o Son action prompte, sûre et exempte d'inconvénients physiologiques, doit la faire préférer aux préparations de térébenthine ou de goudron ou de bourgeons de sapin, qui en contiennent si peu, à l'essence de térébenthine qui n'est pas tolérée. Elle présente même, à cause de sa parfaite innocuité et de sa facile digestibilité, des avantages sur la créosote.

5o Les meilleurs procédés, pour administrer ce médicament, sont la forme pilulaire ou la solution alcoolique, et la meilleure dose est celle de 1 gramme.

6o Dans l'asthme nerveux, emphysémateux ou catarrhal, qu'il faut distinguer du catarrhe primitif, l'iode et la pyridine ont une supériorité incontestable.—*Scalpel.*

De l'emploi de la digitale dans les maladies fébriles aigues.—On s'est proposé deux fins dans l'emploi de la digitale dans les affections fébriles aiguës. L'une a été d'abaisser la température, mais les doses qu'il en faut donner pour atteindre ce but sont si élevées que l'on peut à peine, étant données les autres propriétés physiologiques du médicament, les regarder comme non dangereuses; d'un autre côté, même à ces doses, la digitale ne saurait être comparée comme antipyrétique, à la quinine et à ses synergiques de découverte plus récente. L'autre but que l'on a voulu obtenir par l'emploi de la digitale dans ces cas, est de tonifier le cœur affaibli et de diminuer la fréquence du pouls. Il y a sans doute deux maladies très fréquentes à certaines périodes desquelles tout médicament ayant les propriétés attribuées à la digitale doit sembler indiquer. L'une d'elles est la pneumonie croupale, dans laquelle, nous le savons, la suprême question du pronostic est de savoir si le ventricule droit pourra supporter l'excès de travail

à lui imposé. L'autre est la fièvre typhoïde, et ici encore, l'asthénie cardiaque avec la congestion hypostatique du poumon qui en est la conséquence, est souvent le symptôme qui attire le plus souvent l'attention.

D'après le Dr. Henry F. A Goodridge, (*British Medical Journal*,) les résultats favorables que l'on pourrait attendre de l'action physiologique de ce remède n'ont pas été corroborés par l'expérimentation clinique, et il publie un tableau de douze cas de pneumonie croupale et d'un égal nombre de cas de fièvre typhoïde dans lesquels la teinture de digitale a formé la base du traitement principal. Dans chacun de ces vingt-quatre cas où il y eut guérison, (à l'exception toutefois d'un cas douteux,) on a constaté que sous l'influence de la digitale le pouls ne s'abaissait pas sensiblement avant la période de défervescence, tandis que dans trois cas fatals, l'accélération du pouls augmenta en dépit de la digitale. Le Dr Goodridge croit que ce résultat peut être attribué au fait, déjà signalé par Brunton et Cosh, qu'une température très élevée diminue le pouvoir d'inhibition du centre vague dans la moëlle, à un tel point que la digitale, et, probablement aussi tous les médicaments qui agissent à l'instar de la digitale sur ce centre, perdent dans une grande mesure leur pouvoir d'arrêter l'action du cœur et de ralentir le pouls. L'administration de la digitale ou de ses auxiliaires à des malades atteints d'affections fébriles est donc moins apte à affecter le pouls que chez les sujets à température normale, et s'il arrive que celle-ci soit très élevée, il peut se faire qu'ils n'en aient pas du tout tant que la température reste ainsi élevée. Il ne s'en suit pas, cependant, que la digitale doive être mise de côté dans le traitement des maladies fébriles aiguës, car il se peut qu'en la combinant à un antipyrétique tel que la quinine, on obtienne un meilleur résultat. S'il devient impossible de hâter la défervescence par ce moyen, il y aurait encore grand avantage à produire une rémission marquée, puisque par ce moyen l'action du nerf vague serait restaurée pour un temps, ce qui rendrait opportun l'emploi de la digitale. En outre, il ne faut pas oublier que la crise ou défervescence rapide avec évacuations critiques, dans les fièvres et principalement dans la pneumonie, n'est pas elle-même sans danger. Des symptômes de collapse peuvent se montrer et ce collapse peut même être fatal. Si elle est administrée judicieusement, et à dosés modérées avant la crise, la digitale constitue contre celle-ci une certaine protection.

Enfin, il est très important de se rappeler que la digitale, dont les effets sont si peu manifestes durant la période d'augment, peut, après la crise, agir avec une énergie cumulative; autrement, le praticien imprudent, n'obtenant aucun effet immédiat, peut être tenté d'augmenter les doses, ce qui aurait pour résultat, plus tard, au moment de la défervescence, de provoquer des symptômes toxiques.—*Therapeutic Gazette.*

Baravena Milk Food.—Nous appelons l'attention sur ce nouvel et précieux aliment pour les enfants, que nous le voyons hautement recommandé par plusieurs médecins canadiens éminents.

Cet aliment est préparé avec la meilleure farine de blé et de riz dont l'amidon a été transformé en dextrine et à laquelle on ajoute du lait pur et du sucre en sorte que dissout dans l'eau, le Baravena Milk Food se rapproche plus du lait naturel qu'aucun autre aliment connu.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

De l'ostéo-arthrite tuberculeuse du coude.—De la résection du coude.—Clinique de M. le docteur SEGOND suppléant de M. le professeur TRÉLAT à la Charité.—Au numéro 25 de la salle Ste-Catherine, est couchée une jeune fille à qui nous allons faire une résection du coude. Cette malade, âgée de 18 ans, souffre de son coude, et ne peut se servir de son bras ; voilà les raisons pour lesquelles elle est entrée dans notre service. Quant à ses antécédents, cette fille est née de parents assez bien portants qui ont eu, en outre, cinq enfants dont trois sont en bonne santé et deux sont morts de convulsions. Il y a cinq ans, affirme-t-elle, qu'aussitôt après s'être heurtée le coude contre une table, une petite bosse se serait développée et il lui aurait été impossible de remuer le bras. Que faut-il penser de ce récit ? Quoique n'en sachant rien, je crois néanmoins qu'il y a lieu d'accorder un certain crédit à cette petite femme qui, somme toute, a l'air très intelligent. Elle a consulté de suite, non pas un médecin, ni un chirurgien, mais quelqu'un du voisinage qui a écrasé la bosse avec un sou. Qu'est-ce que cela a pu produire ? Pas grand'chose assurément, puisqu'une tumeur apparue aussi vite ne pouvait être formée que par du sang. Quoiqu'il en soit, la douleur n'a disparu qu'un an plus tard. Il y a six mois qu'elle est revenue et que son coude est devenu gros et chaud. Enfin, il y une vingtaine de jours que les phénomènes se sont aggravés, en même temps qu'il survenait à la partie postérioure du coude une petite bosse.

Voilà le passé ; maintenant, allons un peu plus loin. Lorsque nous regardons la région malade, nous sommes frappés par les détails suivants : d'abord, l'avant-bras est fléchi sur le bras et se trouve en demi-pronation ; en outre, le bras est atrophié, quant à ses muscles, et la déformation du coude ressemble à un véritable fuseau. J'ajouterai, enfin, qu'en arrière et en dehors de l'olécrâne, existe une petite bosse. Si maintenant nous explorons les jointures, voici ce que nous constatons : d'abord, au niveau de la partie supérieure de l'avant-bras, à la région antérieure, il existe un empâtement profond, et la petite bosse, en outre, est manifestement fluctuante. A côté de ces phénomènes, les mouvements communiqués sont possibles ; seulement cette manœuvre est très douloureuse. Quant aux mouvements spontanés, la malade est incapable d'un exécuter un. Vous sentez, enfin, des craquements lorsque vous fléchissez l'avant-bras sur le bras, et vous constatez de plus que ce coude a quelques mouvements de latéralité. J'ajouterai en dernier lieu, que si vous recherchez des points douloureux localisés, vous n'en trouvez pas sur la ligne interarticulaire. C'est au pourtour seulement qu'existe la douleur.

En présence de cet ensemble de symptômes, je n'ai pas de diagnostic différentiel à vous faire. Il s'agit bien en effet pour tout le monde d'une ostéo-arthrite tuberculeuse du coude. Ce diagnostic, du reste, trouve un nouvel appui dans le type même de cette femme. C'est une petite Parisienne qui se nourrit mal et qui a eu des gourmes dans son enfance.

Ceci dit, qu'est-ce que nous allons lui faire ? Pour soigner une tumeur

blanche du coude qui a déjà du pus, nous avons divers moyens ; ce sont : d'abord la temporisation, puis l'ouverture de cet abcès, ou bien encore la résection du coude, et enfin l'amputation du bras.

Voyons la temporisation. Vous connaissez tous les merveilleux résultats que ce traitement peut donner. Par l'immobilisation prolongée, " le meilleur cataplasme des articulations " a dit Bonnet, on peut arriver à guérir des tumeurs jugées graves. On a ajouté à cette méthode différents procédés. C'est ainsi que j'ai vu M. Labbé obtenir des résultats merveilleux en agissant de la manière suivante : après s'être fait apporter un réchaud sur lequel étaient des fers rouges, il en éteignait une trentaine dans l'articulation malade. Les assistants étaient étonnés, et cependant les malades guérissaient. Malgré cela, je ne penserai pas à ce genre de cautérisation, ou, pour mieux dire, de torréfaction, dans le cas présent, parce que la guérison no serait obtenue qu'au prix d'une ankylose. En somme, n'adoptant pas cette dernière méthode de traitement et repoussant l'immobilisation parce qu'il y a du pus, c'est donc dans le domaine des opérations que nous allons nous lancer.

Je vous ai signalé tout à l'heure le grattage des abcès. Cela est vrai, et nous pourrions, ici, inciser la paroi de l'abcès, afin de gratter tout ce qui est mou sur l'os. M. Lannelongue prefère de beaucoup ce genre d'opération aux résections. Dans le cas présent, toutefois, je n'agirai pas ainsi, et voici pourquoi : mon intention est d'arriver, non seulement à guérir ce membre, mais encore à lui conserver tous ses mouvements.

J'abandonnerai donc, a fortiori, l'amputation, bien que si les idées sur la tuberculose avaient été adoptées au pied de la lettre, ce soit à ce moyen radical que je devrais avoir recours, cette maladie devant être combattue comme une cellule cancéreuse.

Voilà pour quelles raisons, nous sommes conduits à faire une résection. Laissez-moi donc vous dire quelques mots sur ce dernier sujet. Vous n'êtes pas sans savoir que la résection du coude est une opération qui n'est pas pratiquée depuis bien longtemps. C'est seulement, dans la moitié du siècle dernier, qu'un chirurgien français, Moreau père, et qu'en Angleterre, Park, vers la même époque, ont eu recours à ce genre d'opération. D'autres suivirent leur exemple, mais sans beaucoup de succès. En somme, dans la première moitié de ce siècle, en France, aussi bien qu'en Angleterre, on en était pour l'immobilisation et l'expectation. En Allemagne, par contre, dès 1820, 1830, ces idées se propagèrent : mais je crois qu'on y a réséqué un peu trop. Quoi qu'il en soit, ce n'est, ici, que sous Ollier de Lyon, et, de l'autre côté de la Manche, que sous Fergusson que les résections articulaires revinrent à la mode. Cette opération peut être pratiquée de différentes manières suivant qu'on enlève le périoste ou qu'on fait une résection sous-capsulo-périostée. M. Ollier a démontré qu'en agissant ainsi, il était possible de voir se reformer une nouvelle jointure. Cinq observations de faits pareils existent. C'est peu, il est vrai ; mais enfin il y en a. De beaucoup plus nombreuses, par contre, sont celles qui ont trait au rétablissement des fonctions. Des résultats existent ; laissez-moi donc, par conséquent, vous indiquer comment il faut vous y prendre pour avoir la somme de bénéfices possibles.

Cherchant à conserver tout ce que nous pourrions du périoste, nous

énucléerons cette articulation absolument comme nous enlèverions le busc d'un corset. Grâce à cela, nous pourrons espérer une reproduction, et, en outre, cette coque fibreuse constituera une sorte de bouclier contre les fusées purulentes. Quant à ce qui est de la solidité, il est nécessaire de faire une résection sous-capsulo-périostée, et, comme l'avant-bras doit remuer, il est non moins indispensable de conserver des attaches avec le bras, car ce n'est que grâce à elles que vous pourrez avoir des points d'appui suffisants pour les néoformations de plus tard. Maintenant, le but que nous devons poursuivre, c'est la mobilité. C'est à nos soins, et non à l'opération, que nous devrons d'obtenir un pareil résultat; aussi, après l'opération, amènerons-nous les os en contact, et, dans le cas présent, mettrai-je un appareil plâtré qu'on enlèvera au bout d'une vingtaine de jours. Et alors, il arrivera de deux choses l'une: ou le membre sera flottant, et, ayant perdu la partie nous n'aurons plus qu'à chercher l'ankylose; ou bien ce sera déjà pris, et nous n'aurons plus qu'à mobiliser peu à peu par des mouvements communiqués pour que la jointure retrouve ses fonctions.

Voilà, en gros, les grandes règles que vous devez admettre dans la pratique des résections. J'aurais encore bien des choses à vous dire; ainsi, M. Ollivier a prétendu qu'il ne fallait pas trop gratter. Voilà un conseil qui étonne; mais quoi qu'il en soit, je n'hésiterai pas à enlever toutes les fongosités. C'est aussi à ce propos que M. Ollivier ne cherchait jamais à réunir les bords de la plaie par première intention, parce qu'on est obligé de refaire, dans la suite, quelques cautérisations.

Avant d'en finir, laissez-moi vous indiquer encore de quelle façon je vais opérer. Il existe, tout d'abord, un grand nombre de procédés que M. Farabeuf, dans son manuel opératoire, a réunis en deux groupes. Dans le premier sont compris tous ceux qui ont recours à une incision longitudinale sans incision transversale. Au second appartiennent tous les autres qui renferment une incision transversale. Park, en préconisant une seule incision verticale postérieure, fut le chef du premier groupe, tandis que Moreau, par contre, qui voulait une incision en H, fut celui du second. Voilà les deux chefs d'où tous les autres procédés ont découlé. M. Sédillot préférait une incision elliptique; d'autres, dans la crainte de blesser le nerf cubital, ont rapetissé l'H (Dupuytren); Geiger et Roux trouvèrent qu'une seule branche était bien suffisante; mais l'un, le premier, la faisait en dedans, tandis que l'autre conservait celle du dehors; enfin, M. Ollier a préconisé l'incision en baïonnette. Quant à moi, parmi tous ces procédés, je choisirai celui de Park, parce que M. Farabeuf m'a montré qu'il était de beaucoup le meilleur. Ce n'est, en effet, qu'avec lui que les expansions aponévrotiques du triceps ne sont pas coupées.—*Praticien.*

Résurrection de la blennorrhagie.—*Association française pour l'avancement des sciences.—Congrès de Grenoble.*—M. Diday.—Quand une blennorrhagie traitée en temps opportun par le copahu ne diminue pas suffisamment dans son écoulement, on a l'habitude de cesser le médicament. Il est ordinaire de voir l'écoulement reparaître au bout de deux jours plus abondant qu'il était avant, plus abondant même qu'avant la première dose de balsamique. Il faut voir, dans l'action de la médication spécifique, une diminution dans les qualités nutritives du terrain où le gonococcus s'alimente. En même temps que celui-ci

perd sa vitalité, il perd de ses facultés proliférantes. Mais lorsque, en cessant l'emploi du copahu, on rend au terrain uréthral ses qualités nutritives, toutes les proliférations retardées, en suspens, faute d'aliment, reprennent leur essor, et de là le débordement, la résurrection de la blennorrhagie.

Le fait clinique ainsi expliqué s'éclaire sur ce qu'il peut y avoir d'obscur dans son apparition, et sert à établir plus sûrement les indications thérapeutiques.

M. Constantin Paul.—Les progrès de la science microbiologique nous ont appris et la nature infectieuse de la blennorrhagie et le moyen de guérir cette maladie. Les micrococcus de la blennorrhagie se rencontrent groupés en nombre variable, 6, 8 ou 12 dans l'intérieur des cellules épithéliales, et ces microbes succombent facilement, soit sous l'action d'une solution de sublimé à 1/20,000, soit simplement sous l'influence de l'élévation de la température.

Les conséquences pratiques de cette théorie sont celles-ci, qu'il y a lieu d'employer des injections au sublimé élevées à une température suffisante, à 40° centigrades.

L'injection chaude a pour double avantage de détruire la gent pathogène et de faire entr'ouvrir, sous l'action du calorique, l'orifice des glandes et follicules uréthraux qui se laissent pénétrer par la matière à injection.

L'injection froide, au contraire, en faisant resserrer les éléments musculaires qui circonscrivent les glandes, aurait pour effet de faire contracter les follicules sur les amas de microbes, et d'enfermer le loup dans la bergerie.

Avec ce traitement rationnel, qui est fort bien supporté d'ailleurs, je guéris les blennorrhagies en 8 à 10 jours.—*Abeille médicale.*

Des monoplégies traumatiques du membre supérieur.—Depuis quelque temps, il est assez fréquemment question des monoplégies du membre supérieur consécutives à un choc quelconque porté sur l'épaule. Les observations qu'on vient de publier, bien que présentant parfois, et même souvent, des caractères particuliers assez disparates si on les compare entre elles, méritaient d'être rapprochées pour saisir, autant que la chose est possible, les liens symptomatiques qui les unissent par certains côtés. C'est ce que vient de faire le Dr Castex, dans la *France médicale*. L'affection succède généralement à une chute sur la région de l'épaule, et après un laps de temps, variant entre quelques heures et quelques jours, survient la monoplégie brachiale dont le degré est infiniment variable, puisque, simplement motrice quelquefois, elle peut atteindre dans certains cas les divers genres de sensibilité. Dans un cas de M. Troisier, l'anesthésie occupe même la partie inférieure du cou; dans un autre cas, elle s'étendait aux téguments de l'épaule. Plusieurs des individus signalés dans le travail de Castex sont des hystériques mâles avérés. Les hypothèses mises en avant pour expliquer le mode de développement de ces monoplégies sont assez nombreuses et s'appuient sur des autorités sérieuses. Les uns, avec Lefort, admettent l'existence d'une arthrite traumatique de l'épaule qui serait le point de départ d'une paralysie réflexe; ce fait a été également observé à la suite des arthrites du genou. Duchesne, de Boulogne, opinait pour une contusion du plexus brachial; on a également avancé l'hypothèse d'une commo-

tion des nerfs. Dans un certain nombre de cas, il existait un état nerveux bien net, tel que l'hystérie, et alors on a cru devoir attribuer à cette névrose l'établissement de la monoplégie. Dans une autre observation, Féréol avait noté l'existence antérieure d'une tumeur cérébrale. On peut donc supposer avec l'auteur qu'une pathogénie unique ne cadre pas avec tous les cas. Quoi qu'il en soit, l'électricité est l'agent principal de la thérapeutique. On doit commencer par la faradisation et si celle-ci échoue, on aura recours, suivant le conseil de Lefort, aux courants continus énergiques. S'il y a atrophie musculaire, les courants faibles et permanents sont indiqués en même temps que la faradisation. Le massage et les douches sont de bons adjuvants. Chez les hystériques, Charcot a recours à la suggestion et à la gymnastique locale.—*Gazette médicale de Nantes.*

Guérison d'une énorme hernie irréductible.—Nous n'emploierons pas le mot *radicale* pour la *cure* de la hernie dont il est question, car ce mot paraîtrait impliquer l'impossibilité de toute récidive, et tel n'est pas le cas.

Mais le fait est qu'aujourd'hui, en présence d'une hernie énorme, irréductible, trop gênante, on n'hésite plus à pratiquer, même sans s'y trouver obligés par des phénomènes soit d'étranglement, soit même d'engouement herniaire, une opération *très radicale* qui fasse disparaître cette cause d'ennuis. Et grâce aux moyens d'antisepsie que l'on possède actuellement, les suites de ces opérations sont habituellement si bénignes qu'on se trouve naturellement encouragé dans cette voie.

Prenons pour exemple un malade couché à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Côme, nº 1, dans le service de M. Bouilly suppléant de M. Tillaux.

Cet homme âgé de trente ans, cocher, était depuis une dizaine d'années porteur d'une énorme hernie du côté gauche qui n'avait jamais été contenue. Lorsqu'il entra à l'hôpital, le 15 juillet, cette hernie avait environ le volume d'une petite tête d'adulte. Elle était par place sonore à la percussion, et fut jugée de nature entéro-épiploïque.

Le malade désirait vivement en être délivré; et M. Bouilly, l'opéra le 27 juillet. Une fois les téguments et le sac incisés verticalement, on se vit en présence d'une masse d'épiploon et d'une anse du gros intestin adhérant aux parois du sac.

L'épiploon hernié fut réséqué; il pesait 630 grammes. L'intestin détaché de ses adhérences fut refoulé dans la cavité abdominale. On évalue à 25 centimètres environ la longueur de ce qu'il fallut ainsi en rentrer. Tout ce qu'on pouvait aisément isoler du sac, c'est-à-dire tout ce qui n'adhérait pas au cordon et à ses vaisseaux, fut reséqué. Puis on plaça sur ce qui en restait, le plus près possible de l'ouverture péritonéale, entre les piliers de l'anneau, des sutures solides en gros catgut qui en rapprochaient les parois et en fermaient l'entrée. Un drain fut introduit, puis la plaie extérieure refermée par des points de suture. Le pansement consista en iodoforme, pansement de Lister et par-dessus, sachet de cellulose au sublimé. Ce pansement resta en place jusqu'au cinquième jour. Quand on le retira, la plaie extérieure était réunie sur presque toute sa longueur, et on put se contenter d'un pansement très simple à l'iodoforme, presque à ciel ouvert, après avoir retiré le drain et soulevé les bourses en les appuyant sur un carton.

Il n'y eut pas un seul jour de fièvre. La température ne s'éleva

qu'une seule fois au-dessus de 38 degrés ; c'était le dixième jour après l'opération et sans cause connue. Cette ascension ne dura qu'un seul jour et n'eut pas de suite. Après comme avant, le thermomètre se maintint entre 37 et 38 degrés. L'appétit n'a jamais cessé d'être très bon.

Aujourd'hui cet homme, dont la plaie de 10 centimètres environ d'un bout à l'autre est complètement fermée, dont les bourses ne contiennent plus ni intestin ni épiploon, se prépare à quitter l'hôpital.

A la palpation on sent à gauche, en haut du scrotum, un corps dur qui s'étend jusque dans l'anneau ; c'est le collet du sac épaissi et induré. Mais, même quand on fait tousser cet homme, la hernie ne se reproduit plus. On ne sent pas la moindre impulsion. Le canal est bien obturé, l'intestin est bien maintenu par la présence de ce collet du sac.

Est-ce à dire qu'on pourrait se passer de bandage ? Non sans doute, car à la longue, par suite d'efforts répétés, l'obstacle pourrait se déplacer, un nouveau sac pourrait se former, et l'intestin ou l'épiploon pourrait y descendre.

Mais la nécessité de porter un bandage est un bien petit inconvénient si on le met en balance avec celui de porter une hernie énorme irréductible.—*Gazette des hôpitaux.*

Sur le traitement complémentaire des pieds bots compliqués par la section sous-cutanée des ligaments du pied.—*Académie de médecine.*—M. Jules Guérin. L'orthopédie chirurgicale tend tous les jours à pénétrer dans le domaine de la chirurgie générale. Il n'y aurait qu'à s'en féliciter si elle y entrait avec les acquisitions sérieuses qui ont présidé à son développement et en ont assuré les résultats. Il n'en est malheureusement pas ainsi. La chirurgie générale n'affirme cette prise de possession que par deux caractères d'infériorité qui sont peu propres à en montrer les bienfaits. 1o elle ignore absolument les bases scientifiques sur lesquelles repose la véritable orthopédie chirurgicale ; 2o n'ayant ni le temps ni les ressources nécessaires pour mener à bonne bonne fin le rétablissement des formes anciennement et profondément altérées, elle cherche à obtenir d'emblée des résultats qui ne peuvent s'acquérir qu'avec beaucoup de patience, beaucoup d'expérience, beaucoup de temps, et par les vrais moyens d'y parvenir.

M. Guérin rappelle qu'en 1882, devant l'Académie, il s'éleva énergiquement contre l'*ablation totale ou partielle des os du tarse et du métatarse dans le traitement du pied bot*, et que sa communication reçut des hommes compétents le meilleur accueil. Cependant bon nombre de chirurgiens français n'ont pas craint d'entrer dans la voie ouverte par les chirurgiens d'outre-Rhin, et d'essayer même chez des enfants des opérations de tarsotomie tout au plus bonnes pour des cas invétérés chez des adultes.

Aujourd'hui M. Jules Guérin vient montrer, par un nouvel exemple, ce qu'on peut obtenir au moyen de l'opération décrite par lui depuis quarante ans sous le nom de syndesmotomie, et qui consiste, pour les pieds bots réfractaires, à diviser sous la peau les ligaments qui réunissent les os du tarse et du métatarse, lorsque ces ligaments s'opposent par un raccourcissement primitif ou consécutif au redressement complet des parties. Les ligaments à couper sont : pour le pied bot équin plantaire, le *ligament calcanéo-cuboïdien inférieur ;* pour le pied bot

varus irréductible, le *ligament latéral interne* de l'articulation tibio-tarsienne, le *ligament calcanéo scaphoïdien interne*, les ligaments qui réunissent le scaphoïde aux cunéiformes.

Il est indispensable de diviser entièrement ces forts ligaments, ce qui peut se faire sans danger avec les précautions suivantes : 1° pratiquer l'ouverture cutanée sur un point éloigné de la section ligamenteuse et autant que possible à la base d'un pli cutané ; 2° recouvrir la petite plaie cutanée d'un morceau de diachylon ; 3° enfin ne pratiquer les essais de redressement qu'après le temps nécessaire à la cicatrisation des parties, et lentement, graduellement.

Le fait nouveau que cite M. Jules Guérin est celui d'un enfant du sexe masculin qui avait été présenté, à l'âge de trois ans, à un des chirurgiens des hôpitaux de Paris pour un pied bot varus équin extrême. Le chirurgien lui fit subir la section du tendon d'Achille, des jambiers antérieurs et postérieurs. Une des plaies avait suppuré. Après un traitement de plusieurs mois, la difformité persistait et l'enfant fut abandonné par le chirurgien comme incurable. Ce n'est que cinq ans plus tard que la famille s'adressa à M. Jules Guérin. Celui-ci pratiqua : 1° la section du tendon d'Achille sur deux points différents, au dessus et au-dessous de l'ancienne cicatrice ; 2° la section des jambiers antérieurs et postérieurs ; 3° la section de l'adducteur du gros orteil ; 4° finalement, la section du ligament latéral interne, du ligament calcanéo scaphoïdien, du ligament scaphoïdo-cuboïdien. Le résultat fut excellent, ainsi que le prouve une série de moulages en plâtre mis sous les yeux de l'Académie et représentant parallèlement l'état antérieur et l'état actuel.

M. Bouley. Je ne suis pas compétent pour parler d'opérations chirurgicales, mais je puis dire ce que j'ai vu déposer, pour ainsi dire, comme témoin. Il y a trois ans, quand M. Jules Guérin, à propos des opérations trop radicales, des ablations d'os, proposées dans le traitement du pied bot, vous a présenté une petite fille atteinte d'un pied bot tellement considérable qu'elle marchait littéralement sur le dos du pied, et se fit fort de la guérir en moins de trois mois par sa méthode, je lui demandai l'autorisation de suivre ce fait jusqu'au bout. Or en trois mois la guérison était complète : je l'ai vu de mes yeux. Il s'agissait encore dans ce cas d'une enfant traitée inutilement par un chirurgien des hôpitaux avant d'être mise entre les mains de M. Jules Guérin. Il est regrettable que de tels faits n'aient pas plus de retentissement et qu'on ne vienne pas plus souvent mettre à l'épreuve l'habileté de notre collègue. Lord Byron et Talleyrand eussent été bien heureux si on eût su de leurs temps remédier, comme il le fait, à l'infirmité dont ils étaient atteints.

M. Jules Guérin. Talleyrand y a bien pensé, mais un peu tard ; il avait alors quatre-vingt-quatre ans. Une opération de cure radicale du pied bot était difficile à cet âge, et je n'ai pu lui donner que de bonnes paroles.—*Abeille médicale.*

Traitement de la pustule maligne.—Le Dr Bomet conseille de remplacer par des applications de sublimé corrosif la cautérisation ignée, dans le traitement de la pustule maligne.

Il fait recouvrir la région malade d'un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de sublimé corrosif, et assez grand pour déborder un peu le cercle des vésicules.

Au bout de vingt quatre heures, le sublimé corrosif a agi à la fois

comme parasiticide et comme caustique. Il a détruit les microbes du charbon, et en même temps, il a produit une eschare qui englobe tous les tissus charbonneux. Il arrive à ce résultat sans produire une douleur comparable à celle des moyens préconisés jusqu'à présent. Il est surtout préférable au fer rouge, et les cicatrices qu'il laisse sont bien moins apparentes que celles de la cautérisation ignée.—*Morgagni.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

L'antisepsie en accouchements; acide phénique et sublimé; statistique comparative; par le Dr Delassus, professeur suppléant à la Faculté libre de médecine de Lille.—L'excellence de la méthode antiseptique en accouchements doit et peut se démontrer autrement que par la diminution de la mortalité. Sans doute ce dernier point est de beaucoup le plus important, mais il est bon de prouver que non seulement l'antisepsie empêche les accouchées de succomber à la fièvre puerpérale, mais encore qu'elle prévient les accidents plus ou moins graves, sans être mortels, des suites de couches.

La confiance que tout médecin doit avoir aux procédés antiseptiques serait singulièrement ébranlée, si l'on voyait les accouchements s'accompagner malgré leur emploi de ces péritonites, paramétrites, etc... véritables menaces pour la malade, source d'inquiétudes pour le médecin, qui viendraient faire douter du principe de la méthode et montreraient son impuissance au moins relative. Mais heureusement il n'en est pas ainsi et les chiffres que nous publions plus loin auront une éloquence qui fait défaut aux plus belles dissertations.

A notre connaissance, il a été publié en France fort peu de statistiques intégrales de service obstétrical relatant la mortalité et la *thermalité* à la fois.

En 1881, notre maître, le regretté professeur Faucon a publié un mémoire extrêmement intéressant où il a analysé les courbes thermiques de 101 accouchements de mars à fin d'août recueillies dans la maternité Ste-Anne dont nous étions en ce moment l'interne.

Cette année, nous avons eu l'honneur de suppléer M. le professeur Eustache dans son cours d'accouchements pendant la même période qui avait servi de base au professeur Faucon, dans les mêmes conditions d'hygiène, de saison, avec un nombre à peu près le même de femmes, mais avec un autre antiseptique, le sublimé ayant remplacé l'acide phénique et certains petits détails ayant été modifiés dans les soins consécutifs.

C'est ce qui nous a suggéré l'idée de publier d'abord la statistique des accouchements, ensuite de comparer les résultats de 1885 à ceux de 1880.

Ces pages auront donc un double but: 1o de montrer jusqu'à quel point la méthode antiseptique arrive à supprimer la fièvre; 2o la supériorité du sublimé corrosif employé comme nous dirons, par la comparaison avec les années précédentes.

Nous pouvons d'autant plus insister sur ces beaux résultats que nous n'avons fait qu'appliquer strictement et continuer la méthode de M. Eustache et qu'une grande part de mérite et d'éloges revient aux internes MM. Monteunis et Bourgois, qui ont exécuté les prescriptions.

Dans l'analyse des résultats, nous avons pris comme point de repère la température de 38o C. comme maximum, soit 1 dixième de plus que le maximum adopté par le professeur Faucon.

Du 1er avril au 15 août 1885 il s'est fait à la maternité Sainte-Anne 90 accouchements.

Comme toujours le pouls et la température ont été relevés le matin, vers 8 heures, le soir, vers 5 heures.

Nous laissons de côté les renseignements fournis par le pouls et nous nous bornerons à la température.

Nous divisons nos accouchées en plusieurs catégories :

1o Celles dont la température n'a pas, durant leur séjour à la maternité, dépassé 38° ;

2o Celles qui ont dépassé 1 fois 38° ;

3o Celles qui ont dépassé 2 fois 38° ;

4o Celles qui ont dépassé plus de 2 fois 38°.

Les trois catégories comprennent, on le voit, les femmes qui ont eu des couches normales au sens pratique du mot. Deux seules élévations de température quelquefois séparées par un ou plusieurs jours, ne peuvent guère donner d'inquiétudes.

Dans la quatrième catégorie même il en est plusieurs qui n'ont accusé qu'une élévation repétée de température sans autres signes.

Voici maintenant les chiffres :

	Total des accouchements	90	
1o	Femmes n'ayant pas dépassé 38°	53,	soit 58,88%
2o	Femmes ayant dépassé 1 fois 38°	17,	" 18,88
3o	" " 2 fois 38°	8,	" 8,88
4o	" " plus de 2 fois	12,	" 13,33

Sur les 17 femmes ayant dépassé 1 fois 38° nous trouvons comme cause notée sur la feuille d'observation :

Fluxion mammaire	5 fois.	
Douleur para-utérine	2 "	6e et 8e jour.
Après application de forceps	1 "	au 8e jour.
Hémorrhagie secondaire	1 "	
Cause inconnue	8 "	
	17	

Sur les 8 femmes ayant dépassé 2 fois 38o, il est noté :

Engorgement des seins	2 fois.
Caillots sanguins	1 "
Cause inconnue	5 "

Sur les 12 femmes ayant dépassé plus de 2 fois 38o, il est noté :

Angine	T. max	39°3, 38°7, 38°2,—3 jours.
Seins	—	39°6, 39°4, 38°3 —4 j.
Id	—	38°5, 38°4, 38°1,—3 jours.
Douleur para-utérine	—	38°5,—5 jours.
Lochies fétides (3)	—	39°5,—moyenne 4 jours.
Gangrène du col ; forceps	—	39°7,—au-dessus de 39°,—4 jours.
Forceps : Déchirure du périnée	—	38°6, puis 38°2 pend. 5 jours.
Frissons avec douleur	—	40°2, 39°6, puis 38°6 pend. 4 jours.
Cause inconnue (2)	—	39°4,—puis 39°5 pend. 3 et 5 jours.

Voilà les femmes qui ont été le plus atteintes et ces températures, sauf une, n'ont rien d'alarmant, étant donné surtout l'absence fréquente

de signes concomitants et le peu de durée de l'élévation thermique, le plus souvent trois ou quatre jours. Presque toutes ces femmes avec leurs 38° 5, 39°, même 40°, s'apercevaient à peine de leur fièvre et semblaient étonnées d'être l'objet de soins plus particuliers.

La femme qui a atteint 40°8 avec frisson, avait subi la version, mais deux jours après elle était à 38°6.

C'est la seule qui au 15e jour fut encore présente à la maternité, où elle resta 20 jours sans plus de fièvre d'ailleurs, à cause de vives douleurs qu'elle éprouvait dans les mollets et qui l'empêchaient de marcher, sans œdème, ni gonflement.

En groupant les chiffres de notre maître Faucon pour 1881 en catégories analogues à celles que nous avons fixées, nous arrivons aux résultats suivants :

Total des accouchées	90		
1o Femmes n'ayant pas dépassé 38°	39,	soit	38,61%
2o Femmes ayant dépassé 1 fois 38°	18,	"	17,82
3o " " 2 fois 38°	8,	"	7,92
4o " " plus de 2 fois 38°	36,	"	35,63

M. le Prof. Eustache a fait afficher à la Maternité, pour l'instruction des élèves, un tableau très démonstratif, où il compare, au point de vue qui nous occupe, les courbes d'accouchements faits du 15 mars au 15 juillet des années 1883 et 1884, la première sous le régime de l'acide phénique, la seconde du sublimé corrosif. La concordance de ces tableaux avec celui de 1882 d'une part et celui de 1885 d'autre part, donne une grande valeur à la conclusion qu'on peut en tirer. Nous ferons encore remarquer que, sauf les modifications que nous signalerons, ces résultats ont été obtenus dans des conditions absolument analogues.

Pour permettre la comparaison, nous réduirons les deux tableaux que nous avons donnés au mode adopté par M. Eustache qui divise les accouchées en : 1o n'ayant pas dépassé 38° ; 2o ayant dépassé 2 fois 38° ; 3o ayant eu une fièvre notable ; 4o étant encore le 15e jour à la Maternité.

	1881-1883. Acide phénique.		1884-1885. Sublimé.	
Femmes n'ayant pas dépassé 38°	39%	30%	68%	58%
Femmes ayant dépassé 1 ou 2 fois 38°	26,76%	20%	26,18%	27,77%
" " plus de 2 fois 38°	36%	50%	—	13,33%
Fièvre notable	—	—	5%	4%
Femmes encore présentes au 15e jour	—	19"	2,2	1,1

Le professeur Faucon avait établi dans sa statistique deux grandes catégories, qui peuvent nous servir pour point de comparaison : Les suites de couches *normales*, légèrement hyperthermiques (38°, 2-4) ou avec accès de fièvre sans gravité ; et les suites de couches *anormales*. A ce point de vue pratique le tableau suivant a son intérêt :

	1881-1883 Acide phénique.		1884-1885. Sublimé.	
Suites de couches normales	85,15 p.c.	50 p.c.	94,3 p.c.	95,66 p.c.
Id. anormales	14,85 "	50 "	5,7 "	4,44 "

Que l'on prenne donc les statistiques en bloc ou en détail, les années 1884 et 1885, sont celles qui ont donné les plus beaux résultats, qui

tiennent certainement à l'emploi du nouveau désinfectant, toutes choses étant restées égales d'ailleurs.

Les précautions antiseptiques employées sont celles qu'a décrites le prof. Faucon sauf les tampons vulvaires et les pulvérisations qui ont été supprimés.

Le sublimé a été employé en solution aqueuse à raison de 1/2000.

Immédiatement après la délivrance, il est fait une *injection intra-utérine* de 1 ou 2 litres, et dès lors, à moins d'indications spéciales, on ne touche plus aux organes génitaux, sauf pour les lavages de propreté de la vulve.

C'est du reste la méthode préconisée, quelque soit l'agent désinfectant.

S'il survient des lochies fétides sans fièvre, on se contente d'une ou plusieurs injections vaginales. Si avec les lochies fétides il y a de la fièvre, injection intra-utérine.....

Nous n'insistons pas pour ne pas sortir de notre sujet.

Disons que nous n'avons pas constaté d'accidents d'intoxication mercurielle.

L'injection intra-utérine est faite immédiatement après la délivrance à titre préventif. Elle agit surtout mécaniquement en entraînant les caillots, membranes, etc., et en faisant contracter l'utérus.

Dans ce but, l'eau simple suffirait et le sublimé est inutile, car si la main ou l'instrument qu'on a pu introduire dans la cavité utérine était propre et désinfecté, il n'a pu amener de germes. Mais comme l'on n'est jamais complètement sûr de cette asepsie, deux précautions valent mieux que pas, surtout dans un enseignement clinique.

Les interventions obstétricales ont été peu nombreuses: quelques applications de forceps, une version. Un accouchement prématuré provoqué à 8 mois par l'introduction d'une sonde qui reste en place près de 40 heures, a eu les suites les plus heureuses.

En somme, si notre statistique confirme un fait aujourd'hui peu contesté, la valeur de l'antisepsie, elle montre en outre contrairement à l'avis de certains accoucheurs, la supériorité d'action du sublimé employé dans certaines conditions. Elle prouve encore qu'il est peut-être moins dangereux d'accoucher dans une maternité qu'en ville même, comme le prouvent les épidémies terribles qui ont éclaté dans plusieurs points du département cette année, quand les précautions antiseptiques sont peu ou pas observées.—*Journal des sciences médicales de Lille.*

Prophylaxie et traitement des déchirures périnéales, par le Dr Alix.—Comme le dit M. le professeur Pajot : " Il y a des périnées voués à la déchirure ; en général les périnées dont la peau est souple et élastique se prêtent à la dilatation et ne se déchirent pas; ceux-là on pourrait se passer de les soutenir. Il y a des périnées dont la peau est sèche, rude ; ils éclatent ; de même qu'il y a chez ces mêmes femmes des vergetures plus nombreuses sur le ventre ; d'autres, au contraire, après plusieurs accouchements, présentent un ventre uni.

" Les périnées qui sont épais, peu élastiques, comme chez les primipares âgées, par exemple, se déchirent facilement ; il est de même des périnées qui, tout en étant longs et minces, sont secs ; tandis que les périnées souples ne se déchirent pas. " (*Gazette obstétricale*, 1875.)

Il faut toujours soutenir le périnée au moment du dégagement de la tête. Dans un travail normal et régulier, c'est au moment où la tête, descendue sur le plancher périnéal, fait bomber celui-ci, dilate l'orifice vulvaire, en déplissant les grandes et les petites lèvres; c'est quand cet orifice présente des bords réduits à leur extrême minceur, et tout prêts à se fendre, que l'accoucheur doit user de son habileté pour éviter cet accident.

Pour soutenir le périnée, l'accoucheur, placé à droite de la patiente, glisse sa main droite par-dessous la cuisse de la femme; il applique en plein la paume de la main sur la périnée, de manière que la fourchette réponde à la commissure qui sépare le pouce de l'index; la tête fœtale devra glisser entre ces deux doigts, pendant qu'avec la paume de la main il double et soutient le périnée, arrête la tête de l'enfant et la dirige dans l'axe du détroit inférieur; en la défléchissant, ses doigts, le pouce d'un côté, l'index et le médius de l'autre, attirent un peu en dehors et en bas les bords de l'orifice vulvaire, afin de les dilater en avant de la tête fœtale et d'attirer vers la commissure vulvaire, où doit se porter presque tout l'effort, le plus possible de tissus. De cette façon, la fourchette, point le plus faible de l'orifice vulvaire, se trouve dans les meilleures conditions de résistance.

Le Dr Alix résume ainsi le traitement des déchirures :

1° Quand une déchirure du périnée est étendue, il est imprudent d'abandonner à la nature seule la guérison : il faut opérer;

2° Il faut pratiquer l'opération *immédiatement* après l'accouchement;

3° Quand l'état des parties ne permettra pas l'opération immédiate, on fera le périnéorrhaphie rapide, c'est-à-dire deux à quatre jours après l'accident;

4° Les serres-fines, suffisantes pour les déchirures imcomplètes, seront remplacées, pour les ruptures complètes, par la suture à points séparés, avec des fils d'argent;

5° Les pansements et l'opération seront faits rigoureusement d'après les principes de la méthode antiseptique. Parmi les agents antiseptiques, nous donnons la préférence à la solution à 1 pour 2 ou 3,000 de sublimé corrosif (liqueur de van Swieten affaiblie).—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale.*

De l'hystérectomie vaginale.—Il y a un an environ, à l'occasion d'un travail du Dr Demons (de Bordeaux), nous passions en revue ce qui avait été fait et écrit au sujet de l'ablation de l'utérus cancéreux et nous comparions, d'après les auteurs cités, les résultats de l'hystérectomie abdominale et ceux de l'hystérectomie vaginale. Cette année, cette dernière opération a pris chez nous droit de domicile. Bien que d'origine française, puisque Récamier, vers 1826, la proposa et l'exécuta, elle fut longtemps abandonnée pour être remise en honneur par M. Freund, en 1878. Elle est rentrée en France par Bordeaux, et cette année, à Paris, elle a été exécutée par Péan, Tillaux, Terrier, le Professeur Trélat et Gillotte. Le 21 juillet, devant l'Académie, M. Trélat rapportait l'histoire de l'opération qu'il avait pratiquée avec succès le 2 du même mois, et accompagnait son récit de quelques considérations des plus pratiques, au point de vue doctrinal et opératoire. L'ablation

de l'utérus cancéreux est comme celle d'autres organes : sein, testicule, une opération praticable d'autant plus que l'acte opératoire en lui-même a cessé d'être redoutable, grâce aux méthodes antiseptiques. Elle est praticable, et elle le deviendra davantage techniquement parlant, car l'utérus est un organe abordable et isolable par la voie vaginale, et on trouvera peu à peu une instrumentation perfectionnée pour faciliter certains temps de l'opération. Pour que ce soit une opération utile et bonne au point de vue thérapeutique il faut qu'elle soit faite de bonne heure ; car ici, comme pour tous les autres cancers, la récidive est la grosse pierre d'achoppement ; mais ici comme au sein, si on peut arriver à faire un diagnostic rapide et précoce, on aura de grandes chances de survie importante ou même de guérison radicale. " Jusqu'ici, dit le professeur Trélat, on a pas osé opérer au début, à " cause d'une léthalité considérable ; on opérait trop tard et on n'arrivait " qu'à hâter la mort des malades." Maintenant la moyenne de mortalité a notablement baissé, et il est à espérer qu'elle baissera encore jusqu'à 10 ou 12 0/0.

Il faut donc s'efforcer de faire un diagnostic précoce et complet, il faut faire comprendre aux malheureuses qui présentent un cancer utérin au début, qu'il ne faut pas attendre, que la temporisation est dangereuse ; car lorsqu'elles en arrivent à admettre l'évidence, il est déjà trop tard. L'hystérectomie s'adresse donc au cancer utérin au début, très limité, au col surtout, n'ayant pas encore franchi la zône du tissu utérin. On sait combien sont riches les lymphatiques qui vont de cet organe aux ganglions des ligaments larges et pelviens. On connaît la laxité du tissu cellulaire qui l'unit aux organes voisins ; le diagnostic devra, par un toucher minutieux, combiné avec une palpation hypogastrique attentive, s'efforcer de reconnaître si l'organe a conservé sa mobilité, si le mal n a pas envahi la paroi vaginale, les ganglions pelviens ou le tissu cellulaire péri-utérin ; telles sont les conditions favorables pour l'entreprise de l'hystérectomie type, pour cancer au début. On n'a pas encore entrepris la discussion de l'étude des cas où elle pourrait être tentée comme opération purement palliative.

La malade opérée par M. Trélat était une femme de trente-huit ans. Au mois d'avril dernier, elle ressentit des douleurs dans le bas-ventre, des pesanteurs, puis survinrent des pertes qui l'inquiétèrent ; au mois de juin, on reconnaissait un épithélioma naissant du col ; l'utérus était volumineux mais mobile, l'opération fut décidée. Le 2 juillet, après chloroformisation, on abaissa fortement l'utérus, manœuvre qui fut assez facile, puis on incisa la muqueuse des culs-de sacs en avant et en arrière transversalement, pour décoller la vessie de la face antérieure du col ; le péritoine fut divisé en avant et en arrière, et l'utérus, plus fortement abaissé, ne tenait plus au bassin que par les deux ligaments larges.

La traction qui est exercée sur l'utérus en tendant fortement ces ligaments, rend très difficile leur ligature. En effet, la ligature en masse lâcherait sûrement après section du ligament ; il faut placer une ligature multiple en divisant le ligament pédiculé en deux et même en trois segments, et il est assez difficile de passer les anses du catgut. M. Trélat et M. Terrier recommandent de diviser ainsi chaque ligament en trois segments au moins, et de serrer ces segments dans des

anses de catgut qui s'enchaînent réciproquement ; on a de cette façon une ligature solide qui est moins exposée à lâcher, et on évite ainsi les hémorrhagies, assez difficiles à maîtriser dans cette région. Le premier des ligaments larges, droit ou gauche, suivant la commodité de l'opérateur, une fois lié et divisé, on pratique beaucoup plus facilement la même manœuvre sur le ligament restant, et l'utérus complètement libre est enlevé. M. Trélat fait remarquer que le contenu de l'abdomen ne tend point à faire hernie par la plaie béante au fond du vagin ; il aperçut une anse intestinale seulement. Après un nettoyage rigoureux, il plaça un point de suture au milieu de la plaie vaginale, un gros drain dans chacun de ses angles et tamponna le vagin avec de la gaze iodoformée.

Les suites de l'opération ont été excellentes : au cinquième jour on enleva les drains, et à la fin du mois de juillet, la malade était tout à fait guérie.

M. Terrier a pratiqué, dans le même mois, une hystérectomie qui n'a point eu le même succès. Il s'agissait d'un cancer atrophique qui avait détruit la lèvre postérieure du col et envahi un peu la paroi vaginale. L'abaissement de l'utérus fut difficile, et il fallut libérer le col dans le vagin en décollant la portion envahie de celui-ci, des organes voisins. Quelques jours après la malade mourut, et on trouva dans l'abdomen un épanchement d'environ un litre de sang avec un peu de pus : les ganglions pelviens étaient atteints de dégénérescence cancéreuse.

Pour M. Trélat, ce cas présentait une contre-indication, l'envahissement de la paroi vaginale, chez son opérée ; il s'était décidé à intervenir parce que le cancer était limité en apparence à la partie inférieure du col. L'examen histologique montra que ses prévisions avaient été justifiées, c'était un épithélioma occupant le 1/3 inférieur du col ; le corps utérin notablement hypertrophié présentait les caractères d'une métrite parenchymateuse hypertrophique.

Récemment enfin, M. Gillette a présenté un gros utérus cancéreux qu'il avait extirpé sur une femme de cinquante ans. Il s'était servi avec avantage d'un instrument nouveau, le préhensotracteur intra-utérin, destiné comme le nom l'indique à abaisser fortement l'utérus solidement saisi de dedans en dehors. Les suites de l'opération ont été bonnes jusqu'au moment où l'opérateur a fait sa communication, c'est-à-dire au 12e jour. Espérons que ce sera encore un nouveau succès à enrégistrer à l'actif de la méthode.—Dr Barette, in *Concours médical.*

Injections contre la leucorrhée fétide.

Chlorate de potasse	12	grammes.
Vin d'opium	10	—
Eau de goudron	300	—

Faites dissoudre.—Trois cuillerées à soupe dans 250 grammes d'eau tiède, pour injections matin et soir, dans la leucorrhée fétide.

Ou bien : Salicylate de soude	20	grammes.
Acide salicylique	1	—
Teinture d'eucalyptus	45	—
Vin ou vinaigre blanc	300	—

Faites dissoudre.—Une à deux cuillerées à soupe de cette solution, dans 250 grammes d'eau chaude, pour injections à pratiquer dans le même cas que les précédents.—N. G.—*Union médicale.*

Lactation et médicaments.—Fehling a recherché le passage de certains médicaments de la nourrice à l'enfant par l'intermédiaire de la lactation.

Si on donne 2 grammes de salicylate de soude, on retrouve aisément cette substance dans l'urine du nouveau-né. Le passage se fait surtout bien quand le médicament a été absorbé deux heures avant la tetée.

L'iodure de potassium se comporte comme le salicylate de soude.

L'iodoforme, même quand il n'est employé qu'en faible quantité, passe dans le lait. Une simple pulvérisation de ce médicament sur la vulve suffit qu'on le retrouve dans la sécrétion mammaire.

Il n'en est pas de même du sublimé, dont on ne découvre dans le lait que de très faibles quantités impossibles à doser. C'est là un fait important, et qui plaide en faveur de l'antisepsie par les préparations mercurielles.

Les narcotiques sont sans effet sur le nourrisson. Jamais les plus fortes doses d'opium ou de chloral administrées aux nourrices n'ont déterminé chez les enfants de phénomènes physiologiques spéciaux.

L'atropine essayée sur les animaux ne détermine de dilatation pupillaire chez le nourrisson que lorsqu'on dépasse la dose thérapeutique maxima. C'est d'ailleurs le seul trouble observé.

Cette étude est pratiquement intéressante pour l'administration des divers médicaments mentionnés.—*Bull. de thérapeutique.*

PÆDIATRIE.

Les maladies dites de dentition. — *Association française pour l'avancement des sciences.*—M. Edmond Chaumier (du Grand Pressigny) a examiné depuis sept ans avec le plus grand soin, et à ce point de vue, tous les jeunes enfants malades auprès desquels il était appelé. Il a recueilli en détail la plupart des observations et il s'est assuré que, contre l'opinion générale, les dents ne sont pour rien dans ce que l'on a coutume d'appeler les accidents de la première dentition.

Les auteurs, dit-il, divisent les maladies de dentition en maladies locales et en maladies générales.

1o *Maladies locales.*—Elles seraient dues à l'irritation directe de la dent nouvelle, à l'afflux du sang qui se produirait à son niveau ; elles consisteraient en inflammations diverses, ulcérations pseudo-membraneuses, aphthes, gonflement douloureux des gencives, etc.

Tout le monde connaît aujourd'hui la nature des productions pseudo-membraneuses, qui sont épidémiques. Les aphthes, ainsi que M. Chaumier a pu s'en assurer, reconnaissent également une cause générale. Il est très rare de voir un cas isolé d'aphthes dans un pays ; souvent plusieurs personnes en sont atteintes en même temps dans la même maison.

Quant au gonflement de la gencive, il n'est ni inflammatoire, ni douloureux. M. Chaumier n'a vu qu'une fois une gencive douloureuse, mais la dent était percée depuis longtemps ; la gencive était, sans trop savoir pourquoi, rouge et décollée ; l'enfant pleurait lorsqu'on mettait le doigt sur la partie malade.

2o *Maladies générales.*—L'auteur se contente d'examiner les maladies que l'on attribue le plus souvent à la dentition.

a. Diarrhée.—Il est très difficile, en étudiant les auteurs français, de se faire une idée nette sur la diarrhée des enfants. Il y a pourtant deux espèces bien distinctes de diarrhée; la diarrhée ou l'athrepsie, qui résulte d'une nourriture insuffisante ou de mauvaise qualité, et la diarrhée épidémique, ce que les Anglais appellent la *diarrhée d'été*. C'est cette diarrhée épidémique, qui peut se développer toute l'année, mais qui sévit bien plus pendant la saison chaude, que l'on attribue le plus souvent aux dents. " Lorsqu'il pousse des dents aux enfants, disent les parents, ça leur change le corps." Mais si l'on fait attention, on verra que le corps des petits voisins, qu'ils fassent des dents ou non, est également changé.

b. Toux.—Deux maladies produisent principalement la toux chez les enfants : la pneumonie, maladie épidémique, quelquefois difficile à diagnostiquer, surtout lorsqu'on n'a pas l'habitude des enfants, et la bronchite. Or la bronchite, qu'on l'attribue à telle ou telle cause, est bien plus épidémique encore que la pneumonie. Lorsqu'il y a un rhume dans un pays, il y en a beaucoup. Et cependant, chaque fois qu'un enfant tousse, les parents commencent par dire : " Ce sont les dents. " Mais si l'on cherche dans la maison, on trouve presque toujours un enrhumé, le père, la mère, un frère ou une sœur; et si l'on dit à la mère: " Mais vous toussez aussi, ce sont probablement les dents ", elle ne sera pas davantage persuadée, tant est ancré le préjugé.

c. Feux de dents.—On appelle feux de dents des éruptions cutanées, siégeant à la face, aux paupières ou sur le crâne. Ces éruptions sont, ou bien des croûtes d'impétigo, ou bien des vésicules non développées de la même affection. Et comme l'impétigo, ainsi que M. Chaumier l'a soutenu à Blois l'an dernier (1), est une manifestation d'une maladie épidémique, contagieuse, inoculable, on pourra se donner la satisfaction de chercher dans l'entourage de l'enfant celui qui l'a contagionné.

d. Fièvres.—La fièvre de dentition, tel est encore un des accidents décrits par les auteurs. Or un enfant a la fièvre pour bien des raisons et il est vraiment trop facile de dire : "Ce sont les dents." Quand un enfant a la fièvre, il faut en chercher la cause. Un certain nombre de maladies passent inaperçues chez les jeunes enfants si on ne les cherche pas. L'auteur a déjà parlé de la pneumonie. Des maladies plus fréquentes encore que la pneumonie et qui peuvent être facilement méconnues, ce sont les angines. Sans parler de l'angine diphthéritique, il y a deux sortes d'angines également épidémiques, c'est-à dire que l'on rencontre en même temps sur un certain nombre de sujets : l'angine dite érythémateuse, ou angine simple, et une autre qui a été confondue jusqu'ici par presque tous les auteurs avec cette dernière, et que M. Chaumier appelle *fièvre amygdalienne*, parce que l'état fébrile domine les autres symptômes. La maladie débute tout d'un coup, comme la pneumonie, par une fièvre vive, souvent des vomissements, et l'on peut être dérouté par cet état général, grave en apparence, et ne pas voir qu'il y a une légère injection des amygdales, avec ou sans sécrétion blanche, surtout ne pas s'apercevoir que derrière la branche montante du maxillaire l'amygdale immobile est augmentée de volume,

En dehors de ces maladies, on rencontre également chez l'enfant. mais pas plus fréquemment que chez l'adulte, ces affections indéter-

(1) Voir la *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 965.

minées que l'on nomme embarras gastrique, etc., et qui sont vraisemblablement des formes atténuées de différentes maladies.

e. Convulsions.—Le chapitre des convulsions n'est pas un des plus clairs de la médecine infantile, cependant l'on sait qu'elles se développent dans les maladies des centres nerveux, dans l'épilepsie, dans l'hystérie ; on sait que chez les nerveux héréditaires la plupart des maladies fébriles peuvent leur donner naissance.

Et puis il ne faut pas croire que les convulsions sont aussi fréquentes qu'on le dit; souvent les parents qui s'effrayent facilement prennent pour des convulsions de simples mouvements de l'enfant.

Dans la médecine des enfants, comme dans la médecine générale, il faut donc voir avant de croire.—*Gazette des hôpitaux.*

Le sulfate de fer contre le catarrhe de l'estomac chez les petits enfants, par le Dr Roth, in *Peter. med. chir. Presse.*—Un des symptômes les plus importants de cette maladie est, comme on sait, l'acescence du contenu de l'estomac et de l'intestin. Les matières vomies ont une odeur aigre et prennent à l'air une teinte verte ; il en est de même du contenu intestinal. Les parties souillées par ces matières, anus, scrotum, deviennent rouges. On a attribué à tort la coloration verte à l'emploi du calomel. On a employé les absorbants pour détruire les acides et les toniques pour combattre le catarrhe. Mais souvent ces moyens ne répondent pas à l'attente. Dans ces cas, Roth s'adresse au sulfate de fer qui possède une action favorable et multiple. C'est d'abord un désinfectant. Les selles changent de couleur et perdent leur mauvaise odeur ; comme astringent, le sulfate de fer fait contracter la muqueuse turgide et coagule les substances albuminoïdes ; du reste, pour que les actions de cette substance soient marquées, le sulfate doit être continué pendant quelques jours. Voici la formule employée par l'auteur.

Sulfate de fer 0,1, mucil. de gomme arabique et sirop simple ãã 20 grammes ; 1 cuillerée à café toutes les deux heures.

Traitement de la toux convulsive et revue des spécifiques dirigés contre cette affection.—On peut les ranger en trois groupes : 1° narcotiques, 2° antizymotiques, 3° agents purement empiriques.

1er *Groupe.*—*A.* Le bromure de potassium n'a pas répondu à l'attente générale : sur 122 cas observés à la policlinique de Berlin, 26 ont été traités par ce sel ; six seulement ont été améliorés, mais la durée de la maladie n'a pas été abrégée. *B.* La belladone est un des plus anciens moyens de traitement ; on peut recommander l'emploi, deux fois par jour, de 3 à 4 gouttes d'une solution d'atropine à 5 0/0. Un gramme d'extrait peut être donné après le repas du soir, et cette dose peut être augmentée de 1 centigramme tous les cinq jours, jusqu'à ce qu'on ait atteint 7 grammes. Comme les attaques de toux deviennent de moins en moins fréquentes, on décroît de la même manière. Ce médicament doit la grande faveur dont il jouit à son pouvoir de diminuer la marche et l'intensité du paroxysme et en diminuant le stade convulsif. *C.* L'opium n'a pas d'effet spécifique et ne doit pas être employé chez les enfants. *D.* L'hydrate de chloral est employé par Lorey deux fois par jour, à la dose variable de 0.25 centigrammes à un gramme. Il a observé une amélioration dans l'intensité et le nombre des accès et une dimi-

nution de la durée du stade convulsif. *E.* Lublinski a combiné l'extrait de belladone et le chloral à doses vespérales, et dans 8 cas il a pu produire une diminution de la période convulsive dans 19 jours; dans 19 autres cas, les accès ont eu moins d'intensité. On n'a pas, jusqu'ici, suffisamment employé le butylate de chloral pour tirer une conclusion de cette expérience. *G.* La propylamine est dans le même cas. *H.* L'éther en pulvérisation, sur le cou, dans le but d'influencer le tronc et les branches du nerf vague, est d'une efficacité douteuse. *I.* Le nitrite d'amyle est formellement rejeté par l'auteur. *J.* Roubart recommande l'usage des courants continus sur la moelle des petits enfants.

2e *Groupe.* — *A.* La quinine, soit à l'état de sulfate ou de chlorhydrate, est recommandée par beaucoup de praticiens. *B.* Beaucoup d'auteurs recommandent l'acide phénique en inhalation ou à l'intérieur, mais l'auteur de ce travail ne peut rien dire de définitif à cet égard. *C.* L'essence de térébenthine en inhalation a donné de bons résultats. *D.* Les inhalations de pétrole sont recommandées par Lesser et Hildebrandt; mais l'auteur ne suppose pas qu'elles puissent réussir. *E.* Le salicylate de soude et l'acide salicylique produisent des résultats variables selon les observateurs. *F.* Parrot recommande les vapeurs de phénylate de soude dans les chambres des malades. *G.* Rien de positif n'existe jusqu'à présent sur le sublimé.

3e *Groupe.*—*A.* L'extrait de châtaignier tiré des feuilles cueillies en automne n'est pas un spécifique, mais paraît être avantageux. *B.* L'oxalate de cerium à la dose journalière de trois grammes pour un enfant d'un an et de 28 grammes pour un enfant de 7 ans est aussi indiqué, mais cela reste encore à apprécier. *C.* Le chlorhydrate de pilocarpine est plutôt abortif que spécifique, employé en petites doses. Cassel mentionne encore l'ammonium, le calomel, les onctions mercurielles, la teinture de myrrhe, mais aucun de ces moyens n'offre d'effets certains.—*Archives of Pediatrics.*

Contribution à l'étude du traitement du diabète insipide chez les enfants.— Lemire (de St-Pétersbourg) a vu une jeune fille de 11 ans atteinte de diabète insipide depuis 9 ans et guérie après deux mois de traitement.

Vers l'âge de 3 ans, elle fut prise d'une soif ardente et de polyurie abondante qui continuèrent pendant neuf ans. Dans cet intervalle, l'enfant eut la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, sans que ces affections aient pu influer sur le diabète et réciproquement. Quand l'auteur entreprit le traitement, l'enfant paraissait être dans de bonnes conditions. L'examen microscopique des fèces dénota la présence d'œufs de tenia mediocanellata. L'enfant ingérait de 9 à 10 litres d'eau par jour et émettait 7 à 8 litres d'urine claire, jaune, acide, pesant 1001. Ni sucre, ni albumine, ni formation organique ou inorganique. Pendant un mois, on ne fit qu'un traitement anthelmintique; au bout de ce temps, on donna d'abord trois fois puis quatre fois par jour 0,50 centigrammes de salicylate de soude. En cinq jours, le taux de l'urine tomba de 7 à 5 litres, puis resta stationnaire, mais en augmentant la dose du salicylate. Après on employa pendant 33 jours une infusion de 5 grammes de valériane dans 100 grammes d'eau par jour. L'urine tomba à 2½ litres par jour pour rester à ce point pendant 10 jours, puis l'ergot de seigle fut administré en infusion à 2 pour 100, ce qui porta la quan-

tité d'urine à 1100 grammes. A la même époque, le poids de son corps est augmenté; son état général s'est amélioré et la quantité d'eau ingérée par jour s'élève à un demi-litre. Elle fut dès lors débarrassée et guérie.

Application de la cocaine à la chirurgie infantile, d'après le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, de juin 1885.

La cocaïne a été utilisée pour l'amygdalotomie, par M. LARMOYER qui rapporte, dans le *Bulletin de thérapeutique*, avoir fait cette opération sans presque déterminer de douleur, chez une jeune fille très pusillanime; l'opération s'est faite après quatre badigeonnages d'une solution au 30e, espacés de cinq en cinq minutes; la seconde amygdale fut enlevée sans aucune résistance de la part de la malade, ce qui semblait démontrer que la première ablation n'avait été nullement douloureuse; la douleur d'ailleurs s'éveilla dès que l'action de la cocaïne fut épuisée.

Traitement de la scarlatine.—M. le professeur DACOSTA recommande les médicaments suivants :

1. Acide carbolique, une demie goutte pour un enfant de 2 ans. Cette dose est donnée dans de l'eau de menthe.
2. Carbonate d'ammoniaque, 2 grains toutes les 2 heures, pour un enfant de 10 ans.
3. Chlorate de potasse, 1 drachme dans une chopine d'eau, à prendre dans les 24 heures.
4. Quand la température est élevée, acide salicylique.
5. Chloral à petite doses.

Toujours veiller aux fonctions de la peau. Si le cœur faillit, recourir à la digitale; si la tension artérielle est considérable, donner l'aconit.

Quand l'éruption est abondante, DaCosta prescrit

Carbonate d'ammoniaque.....	10 grains
Acétate d'ammoniaque.....	½ once

S'il y a beaucoup de dépression, on prescrit une combinaison de quinine et digitale.—*College and Clinical Record.*

Néphrectomie.—M. OLLIER (*Association française pour l'avancement des sciences*) insiste sur deux points principaux, qui sont : 1° l'indication de l'opération ; 2° la méthode opératoire.

L'indication de la néphrectomie se déduit du diagnostic de l'état de l'autre rein ; malheureusement, il est peu commode de conclure l'unilatéralité de la lésion d'une manière indubitable. Il faudrait pouvoir analyser séparément l'urine de chacun des deux reins.

Dans la pyélonéphrite chronique, le rein étant séparé de sa capsule par l'épanchement purulent, l'extraction du rein seul n'est pas difficile et n'expose pas à l'hémorrhagie. Si l'on voulait disséquer la capsule cela pourrait entraîner plus loin.

Au point de vue physiologique, il se fait vite une compensation fonctionnelle.—*Paris médical.*

FORMULAIRE.

Ataxie locomotrice.—*DaCosta.*

P.—Sirop d'hypophosphites..... 1 drachme
Strychnine..... $\frac{1}{60}$ grain

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Dermatoses herpétiques.—*Bazin.*

P.—Bicarbonate de soude..... 2 grains
Arséniate de soude..... 2 "
Sirop ..... 1 chopine

M.—*Dose :* Une cuillerée, matin et soir, dans une tasse de tisane.—*Union médicale.*

Pneumonie aiguë.—*DaCosta.*

P.—Teinture de veratrum..... 3 gouttes
Citrate de potasse liquide..... 3 drachmes
Esprit d'éther nitreux..... $\frac{1}{2}$ drachme
Sirop de gingembre, q.s. pour faire..... $\frac{1}{2}$ once

M.—A prendre en une seule dose, toutes les 3 heures.—*College and Clinical Record.*

Tuberculose.—*Potain.*

P.—Chlorure de sodium..... $2\frac{1}{2}$ drachmes
Bromure de sodium..... 75 grains
Iodure de potassium ..... 15 "
Eau distillée..... 3 drachmes

M.—*Dose :* Une cuillerée à dessert chaque matin.—*Revue de thérap. méd.-chirurg.*

Hypérémie cérébrale.—*DaCosta.*

P.—Extrait de coloquinte ..... 1 grain
Poivre rouge..... $\frac{1}{4}$ "
Extrait de gentiane..... 2 grains

M.—A prendre, sous forme pilulaire, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Gastralgie.—*Bartholow.*

P.—Sulfate d'atropine..... 1 grain
Sulfate de zinc..... $\frac{1}{2}$ drachme
Eau distillée..... 1 once

Dose : De trois à cinq gouttes, deux ou trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, OCTOBRE 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

AVIS.

Ceux de nos abonnés de la campagne qui ont l'habitude de règler leur compte d'abonnement avec M. Cherrier voudront bien se rappeler que ce monsieur a cessé de faire sa visite annuelle. Les remises peuvent se faire, en toute sûreté, par mandat-poste ou par lettre enregistrée.

Bureau Provincial de Médecine.

Le Bureau Provincial de Médecine s'est réuni mercredi le 30 septembre au matin à la faculté de médecine de l'Université Laval à Québec. Etaient présents : le Dr Lemieux, président ; les Drs Belleau et Campbell, secrétaires ; le Dr Léonidas Larue, régistrateur ; le Dr E. P. Lachapelle, trésorier ; les Drs Marsden, De St. George, M. P., Parke, Russell, de Québec, Marmette, de St. Thomas, Gingras, de St-Sauveur, M. Guay, M. P., de St-Romuald, Rousseau, de St. Casimir, Rinfret, M. P., de Ste. Croix, Lafontaine, de St. Edouard de Napierville, Désaulniers, de Nicolet, et Thos. Larue, de Compton.

Des résolutions de condoléance ont été passées au sujet de la mort du Dr Jackson, qui a été remplacé dans le bureau par le Dr Simard, professeur à l'Université Laval.

On a lu et adopté les rapports des assesseurs, des examinateurs pour l'admission à l'étude, du trésorier et de l'agent détective du bureau.

Il a été nommé un comité pour préparer des amendements à la loi médicale.

Voici la proposition adoptée à ce sujet:

Proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Campbell, et résolu, qu'un comité composé des Drs Lemieux, Ross, Campbell, Hingston, Lachapelle, Austin, P. E. Migneault, Marsil, Marsden, Desaulniers, Rodger, Guay et T. Larue, soit nommé avec instruction de préparer tous les amendements à la loi médicale, nécessaires pour mettre à exécution les clauses adoptées du rapport du comité chargé de s'enquérir de la situation financière du collège, etc.; pour rencontrer les suggestions faites à la dernière assemblée triennale concernant l'élection des membres du bureau provincial; pour rendre les examens préliminaires aussi équitables que possible, et pour les candidats et pour la profession; pour rendre l'exécution de la loi, contre tous ceux qui l'enfreignent, aussi efficace que possible; pour suggérer en un mot tous les amendements qui seront considérés dans l'intérêt de la profession, que ce comité procède sans retard afin que les amendements puissent être soumis à une assemblée spéciale de ce bureau avant la prochaine session de la législature, et que les dépenses de voyage des membres de ce comité soient payés par le Collége, et que le comité siége à Montréal.

Proposé par le Dr Belleau, secondé par le Dr Marmette, et résolu que l'avis de motion donné à la dernière assemblée semi-annuelle par le Dr L. Larue, au sujet du bureau central d'examen, soit référé au comité des amendements proposés à la loi médicale.

Le bureau reprend ses délibérations à deux heures de l'après-midi, et les membres suivants, qui ont été retardés à bord du bateau de Montréal, y prennent part: Drs Hart, de Bedford, Jules Prévost de St. Jérôme, H. A. Mignault de St. Denis, Ladouceur, de Sorel, Kennedy, Howard, Leprohon, Durocher, Ross et Rodger, de Montréal.

Proposé par les Drs. Ladouceur, Russell, Prévost, Migneault, Rodger, Leprohon, Rinfret, Gingras, Marmette, secondé par les Drs Hart, Desaulniers, Park, Ross, Durocher, Kennedy, Simard, De St. George, Rousseau, et résolu unanimement, que ce collége croit de son devoir d'exprimer son opinion au sujet de l'état actuel de la santé publique en ce qui a rapport à l'épidémie de variole qui existe à Montréal, et qui se propage dans d'autres parties du Canada; que c'est l'opinion unanime du Collége des Médecins et Chirurgiens de la province de Québec, que la science et l'expérience ont établi d'une manière incontestable que la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens de prévenir les visites périodiques de la calamité qui sévit en ce moment; que lorsque la maladie ou l'épidémie est entièrement et largement développée, comme c'est malheureusement le cas aujourd'hui, une action unanime et concertée est absolument nécessaire, et que l'isolement parfait, la désinfection scientifique, la vaccination et la revaccination sont les seuls moyens d'arrêter le fléau; que la formation immédiate de bureaux locaux de santé organisés en vertu du chapitre 38 des Statuts Refondus du Canada, est le seul moyen pratique d'empêcher le développement de l'épidémie, dans les campagnes aussi bien que dans les villes et cités.

Proposé par le Dr Durocher, secondé par le Dr L. Larue, que copie du rapport du comité des amendements proposés à la loi médicale,

soit envoyée à chaque gouverneur, quinze jours avant l'assemblée spéciale du bureau, et que les noms des Drs Ladouceur et Lanctôt soient ajoutés au comité.

Vu l'absence des deux Vice-présidents du Collége, l'hon. Dr Ross et le Dr Hingston, le Dr Marsden, de cette ville, est nommé vice-président *pro tem*, afin de signer les licences.

Les gradués universitaires suivants reçoivent la licence, après avoir prêté serment sur leurs diplômes respectifs:

W.A. DeWolfe Smith, Montréal; Hilaire Goudreau, Lacolle; Charles F. X. Prevost, St-Pierre de la Patrie, Comté de Compton; Hector Palardy, Marieville; Charles Narcisse Gauvreau, St-Frédéric de la Beauce; Louis Auguste Gagné, Kamouraska; Alfred Laurendeau, St-Didace; Alfred Morin, Baie St-Paul; Gaston G. Smith, Papineauville; Louis François Lepage, Rimouski; Léon Octave Noël, Scottstown, comté de Compton; Louis Philippe Picard, Québec; Joseph Houle, St. David d'Yamaska; Joseph Nap. Legault, St. Jean-Baptiste de Montréal; Ferdinand Simard, Daniel Caisse, Lucien Proulx, Arcadius Toupin, Henri Dazé, Tabez B. Saunders, Joseph Jetté, Frank R. England, Watt Galt Johnston, Hormisdas Brodeur, tous du district de Montréal.

Le secrétaire, le Dr Belleau, attire l'attention du Collège sur l'application des docteurs Burrows, de St-Jean, N. B. et A. M. Robertson, de la ligne océanique Beaver, demandant la licence du Collège. Tous deux sont gradués du Collége McGill et ont été admis à l'étude par le Collége de médecine d'Ontario. Vu qu'il y a des précédents, le bureau décide que la licence peut leur être accordée.

Proposé par le Dr Lachapelle, secondé par le Dr Rodger, et résolu que le secrétaire soit chargé d'écrire au Collège des médecins d'Ontario, pour savoir sur quelle qualification le Dr A. M. Ross, de Montréal, a reçu la licence d'Ontario.

Le Dr Campbell suggère que la liste des nouveaux licenciés soit ajoutée sur une feuille volante au régistre, après chaque assemblée semi-annuelle.

Sur motion du Dr Guay et du Dr Rinfret, des remerciements sont ensuite votés à M. le recteur de l'Université Laval, qui a accordé au Bureau l'usage gratuit des salles de l'institution.

A 4.30 heures, le Dr Ladouceur propose l'ajournement.

La variole.

Depuis notre dernier article sur la variole, les choses ont marché à grands pas et les événements se sont littéralement précipités. Alarmé à la vue de l'extension toujours croissante de l'épidémie, le gouvernement de Québec a cru devoir, sous l'autorité du chapitre 38 des Statuts Refondus du Canada, instituer un *Bureau provincial d'Hygiène* ayant pour mission de faire et adopter tous règlements, lois, résolutions, mesures, etc., propres à combattre l'épidémie et à faire observer les lois de l'hygiène, tant privée que publique, ces mesures et règlements ayant force de loi immédiatement après leur insertion dans la *Gazette Officielle*. Ce Bureau provincial a le pas sur tous les bureaux ou comi-

tés de santé, et se compose de huit membres, dont six sont médecins. En même temps que le gouvernement s'empressait ainsi de combattre dans la mesure de ses forces le fléau qui nous décime, les citoyens de Montréal demandaient et recevaient du Conseil de Ville la permission d'adjoindre six citoyens au Comité de Santé, dans le but de venir en aide aux membres ordinaires de ce comité, surchargés d'ouvrage.

Le Bureau provincial et le Comité de Santé, travaillant de concert, se sont sérieusement mis à l'œuvre pour enrayer si possible les progrès de l'épidémie. Dans ce but on a décrété la vaccination compulsoire, l'isolement des malades dans des hôpitaux *ad hoc*, la désinfection des locaux infectés. Désinfection, isolement, vaccination, tel a été le programme adopté par les autorités sanitaires. L'on va croire sans doute que du règlement à l'exécution il n'y a qu'un pas à faire? Les évènements nous ont prouvé qu'il devait en être bien autrement. La vaccination obligatoire a suffi à agiter le peuple dont l'indignation intelligente (?) s'est manifestée par une émeute en règle. Le transport des malades à l'hôpital rencontre tous les jours des obstacles sérieux. Sous prétexte que l'on ne veut pas mourir à l'hôpital, on reste chez soi, où l'on devient un danger pour tous les environs. On a fait plus. On a menacé d'incendier les bâtisses de l'Exposition tranformées en hôpital d'urgence. Il n'est pas jusqu'à la désinfection qui n'ait aussi ses difficultés pratiques. Et quand on a mis de la sorte le plus d'obstacles possible aux mesures adoptées par les autorités sanitaires, on ne se gêne pas d'accuser celles-ci d'apathie et de lenteurs.

Il nous serait bien inutile, dans une revue scientifique comme l'est l'UNION MÉDICALE, de nous adresser à la population montréalaise pour lui reprocher son attitude et lui faire voir la lourde responsabilité qu'elle assume en résistant comme elle le fait. Le menu peuple est peu instruit, scientifiquement parlant, et nous savons qu'il n'est pas facile de lui faire oublier ses préjugés ni ses idées préconçues. Mais il est à notre connaissance que certains médecins ne se gênent pas de se déclarer eux aussi contre la vaccination (même la vaccination volontaire et libre) contre ce qu'ils appellent l'imprudence de vacciner en temps d'épidémie ; ces médecins semblent se faire un plaisir de semer la défiance an sein d'une population qu'ils savent être peu éclairée, et leurs dires et racontars, colportés par le commérage des faubourgs, constituent suivant nous une des causes les plus efficaces de la résistance que rencontre le Bureau provincial dans la mise à exécution de ses règlements.

Le Bureau lui-même ne s'y est pas trompé. Aussi a t-il, à une de ses séances, adopté la résolution suivante :

" Résolu que le Bureau Provincial de santé regrette d'avoir à constater que des médecins de faubourg et des municipalités environnantes, pour un motif ou pour un autre, se font l'écho des préjugés de l'ignorance, et, à l'encontre de toutes les autorités médicales, conseillent à à ceux qui les consultent de ne pas se faire vacciner en temps d'épidémie, et nuisent ainsi à la vaccination, le Bureau a raison de croire que l'opposition à la vaccination l'on rencontre dans certains quartiers n'est en grande partie due qu'à cette cause."

Que l'on soit franchement et systématiquement opposé à la vaccination, nous le concevons encore et n'y voyens aucune objection, les opinions étant libres après tout. Mais que des médecins qui ont toujours cru et qui croient encore à l'efficacité de la vaccine comme

prophylactique de la variole mettent de côté à la fois et leurs opinions personnelles et l'intérêt de leurs clients (qui est aussi celui du public) simplement pour flatter l'opinion du vulgaire, se faire un peu de popularité au sein d'une certaine classe, et déconseillent à leurs clients ou aux clients des autres la vaccination en temps d'épidémie ou la revaccination, c'est ce que nous ne comprenons pas.

***

Dans son numéro du 19 septembre dernier, notre confrère du *N. Y. Medical Record*, parlant de l'épidémie de variole que nous avons en ce moment, se voile la face pour dire que la grande majorité des victimes du fléau sont des canadiens-français catholiques. Que le confrère se renseigne mieux qu'il ne l'a fait sur les proportions relatives des éléments français et anglais dans le chiffre total de notre population, et son étonnement cessera.

Plus loin, le confrère insinue que les catholiques repoussent la vaccination par suite de préjugés religieux. Il y a là deux erreurs de fait. Les catholiques ne repoussent pas la vaccination plus que ne le font les protestants. On le sait, notre clergé catholique a payé de son exemple quand il s'est agi de vaccination; celle-ci a été très vivement recommandée aux fidèles du haut de la chaire, dans les églises catholiques, et la récente lettre circulaire de Mgr l'évêque de Montréal à ce sujet est la meilleure réponse que nous puissions apporter aux assertions hasardées du *Record*.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

NEWMAN.—*Tabular statistics of one hundred cases of urethral stricture treated by Electrolysis without relapse*, by Robert Newman, M. D., New-York Cancer hospital. First annual report.

U. W. AYER & SON'S *American Newspaper annual for* 1885. Philadelphia. Pa. U. S. contient une liste soigneusement préparée de toutes les publications périodiques et journaux des Etats-Unis et du Canada, ainsi qu'une fonle de renseignements sur la politique, le genre de commerce et l'agriculture de chaque comté, province et ville. Prix $3.00.

NOUVELLES MEDICALES.

Le choléra.—L'épidémie cholérique est en décroissance manifeste, tant en France qu'en Espagne, Sicile, etc.

Variole.—De Montréal, la variole s'est répandue en plusieurs points de la Province de Québec. On en a signalé des cas à Québec, Trois-Rivières, St-Hyacinthe, etc. Nos voisins d'Ontario eux-mêmes n'en sont pas exempts.

Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, faculté de Médecine de l'Université Victoria.—Les cours de cette institution ont été ouverts le 1er octobre. Le discours d'ouverture a été prononcé par M. le Dr Chartrand.

Université Laval, Montréal.—L'ouverture des cours de l'Université Laval, à Montréal, a eu lieu le 6 courant. La messe du St-Esprit a été dite à la cathédrale, à 8½ heures, A.M., par Sa Grandeur Mgr l'évêque de Montréal. Tout le corps universitaire y assistait. A 8 heures du soir, il y a eu séance académique au Cabinet de Lecture Paroissial. Des discours ont été prononcés par M. le Grand-Vicaire Hamel, Recteur de l'Université, par M. l'abbé Marcoux, Vice-Recteur, M. l'abbé Lecoq, doyen de la Faculté de Théologie, et l'Hon. M. Chauveau, doyen de la Faculté de Droit.

Durant le premier terme, les cours de la Faculté de Médecine se donneront dans l'ordre suivant:

Physiologie.—Professeur DUVAL—8 hrs a.m., tous les jours.

Chimie organique.—Prof. FAFARD—9 hrs a.m., tous les jours (grand amphithéâtre).

Pathologie externe.—Prof. BROSSEAU—9 hrs a.m., tous les jours (petit amphithéâtre).

Anatomie descriptive.—Prof. LAMARCHE—10 hrs a.m., tous les jours.

Anatomie pratique.—Prof. BERTHELOT—2 hrs p.m., tous les jours, depuis le 1er novembre.

Pathologie interne.—Prof. ROTTOT—3 hrs p.m., tous les jours.

Médecine légale.—Prof. E. P. LACHAPELLE—4 hrs p.m., tous les jours.

Ophthalmologie et Otologie.—Prof. FOUCHER—5 hrs p.m., mardi, jeudi, samedi.

CLINIQUES, (Hôpital Notre-Dame).

Clinique opthalmologique (facultative).—Prof. FOUCHER—9.30 a.m., tous les jours.

Clinique interne.—Prof. LARAMÉE—11 hrs a.m., lundi, mercredi, vendredi.

Clinique externe.—Prof. BROSSEAU—11 hrs a.m., mardi, jeudi, samedi.

Clinique obstétricale.—Prof. DAGENAIS—(Sur avis spécial).

NAISSANCE.

GAUTHIER.—A Abbottsford, le 12 août dernier, la dame du Dr H. Gauthier, une fille.

DÉCÈS.

MATTE.—A Plessisville, le 19 août dernier, à l'âge de 61 ans, dame Rose Mauffette, épouse de M. Hubert Matte, et mère de MM. les Drs J. H. A. Matte, de North Adams, Mass., et L. N. Matte, de Lewiston, Maine.

LEBEL.—A St. Roch de Québec, le 11 septembre, Dame Julie Delphine Tellemer, épouse du Dr C. O. Lebel.

MIGNAULT.—A Trois-Pistoles, le 21 septembre, Dame Elvine Plamondon, épouse de feu le Dr Alfred Mignault.

FRÉCHETTE.—A St-Antoine de Tilly, le 25 septembre, Dame Rosalie Boucher, épouse du Dr Geo. Fréchette.

SIMARD.—A Québec, le 26 septembre, à l'âge de 11 mois, Marie-Berthe-Angéline, enfant du Dr L. J. A. Simard.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du développement de la Profession Médicale en Canada.

DISCOURS PRONONCÉ A L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

A CHATHAM, ONT., LES 2 ET 3 SEPTEMBRE 1885,

Par WM. OSLER, M. D.,

Président de l'Association, Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Philadelphie.

Messieurs,

Quand, l'année dernière, j'ai dû diriger mes pas vers une autre partie du vaste champ dans lequel nous travaillons tous pour le même but, sans distinction de race ou de patrie, il vous a plu, dans la générosité de vos cœurs, de me nommer président de cette Association. Si jamais, dans le tumulte des pensées qui se pressent dans un esprit humain, l'idée d'être l'objet d'un honneur semblable s'était déjà présentée à moi, ce n'était guère plus qu'un simple point dans l'horizon de mes aspirations d'avenir ; mais il en a été décidé autrement, et comme des circonstances exceptionnelles m'ont placé dans une position également exceptionnelle, j'ai grand besoin de votre indulgence dans l'exercice d'une fonction pour laquelle, je le sais, il me manque plus d'une qualité nécessaire.

Laissez-moi d'abord exprimer le regret que l'Association n'ait pu, comme elle se l'était proposé, se réunir à Winnipeg. Mais Mars tenait la campagne, Big-Bear et Poundmaker étaient sur le sentier de la guerre, et nos frères de là bas ont cru qu'il valait mieux, voir même qu'il était plus sûr de remettre notre réunion dans le Nord-Ouest à une époque plus favorable, à une époque où la guerre au visage chagrin aurait déridé son front. Mais d'un autre côté, laissez-moi aussi exprimer la satisfaction que nous éprouvons de nous réunir ici, à Chatam, au milieu d'hommes que nous connaissons si bien et qui ont été si fidèles à l'Association, et dans une partie de cette province où la profession médicale compte tant de membres savants et distingués.

En cherchant le thème de cette adresse, j'ai compris que, si nous nous réunissions à Winnipeg, un sujet quelconque où il serait question de progrès et de développement serait bien en rapport avec les progrès remarquables que le Nord-Ouest et sa capitale ont faits dans le cours des dix dernières années. Mais quand les circonstances sont venues faire changer le lieu de notre réunion, il m'a semblé que le sujet en question devait être changé aussi ; cependant, réflexion faite, j'ai compris que l'état de choses existant dans les autres provinces n'était qu'un degré plus avancé de ce qui existe dans Winnipeg et Manitoba, qu'ici comme là bas, le mot progrès doit être notre mot d'ordre, que le progrès et le déve-

loppement doivent constituer les caractères essentiels de notre vie professionnelle, enfin, que je pouvais vous entretenir de ces choses aussi bien dans Ontario qu'au Nord-Ouest.

Je veux donc vous dire, en aussi peu de mots que possible, quel chemin nous avons parcouru et quelles ont été nos moyens de développement. Dans quelques parties de la Puissance, nous pouvons étudier la Profession dans sa forme la plus simple. Dans le Territoire du Nord-Ouest, par exemple, elle n'est encore qu'à l'état de germe. Les médecins y sont comme autant d'êtres unicellulaires, comme autant de masses d'un protoplasma professionnel, non encore différenciées, sans organisation et sans activité fonctionnelle spéciales. Ils ne peuvent même pas se multiplier par le mode dit rhizopode ; ils n'augmentent en nombre que par accrétion. Dans les anciennes provinces, d'un autre côté, les unités professionnelles se sont, pour le bien général, combinées en une sorte de polypidom—la profession organisée—ce qui est déjà un grand progrès sur l'état amiboïde. Il y a aussi dans le corps médical certains organes de reproduction : les écoles de médecine, et des traces d'un système nerveux : les sociétés médicales. Les trois aspects sous lesquels je désire vous faire voir les progrès et le développement de la profession sont donc : 1° la Profession organisée ; 2° l'Ecole de Médecine ; 3° la Société Médicale.

I. La Profession organisée.—Dans une société bien agencée, tout citoyen doit sentir qu'il peut, à un moment quelconque, requérir les services d'un homme ayant reçu une bonne et solide éducation médicale et à qui il peut confier la vie de ses proches et de ceux qui lui sont chers. Il ne semble pas déraisonnable que l'Etat soit chargé de choisir et de diriger les sujets auxquels tout citoyen pourra ainsi s'adresser. Il y a cependant des gens qui voudraient ne voir en ces matières aucune restriction, des gens qui voudraient donner toutes les chances possibles à l'audace et à la présomption, et permettraient volontiers au premier venu, fut-il sans aucune éducation, d'exercer la médecine. Ceci ne s'est jamais vu en Canada. Les hommes qui sont venus ici dans les premiers temps pour y exercer la médecine étaient, pour la plupart, des licenciés d'Angleterre ou d'Ecosse qui ont apporté avec eux les traditions et les coutumes de la profession en Angleterre. Beaucoup d'entre eux étaient des chirurgiens militaires, brisés depuis longtemps à la discipline. En l'absence d'écoles de médecine, les jeunes aspirants à l'étude de notre art n'avaient d'autre alternative que de traverser l'océan, ou bien d'entrer comme élèves chez un praticien dont ils recevaient les leçons nécessaires. Quant aux bureaux chargés d'examiner les diplômes des sujets venant de l'étranger, et de faire subir les examens nécessaires aux jeunes gens ayant étudié sous des *patrons*, ils furent organisés en 1788 dans l'ancienne province de Québec et en 1815 dans le Haut-Canada, dates à jamais mémorables dans l'histoire de la profession médicale en ce pays.

Il est d'expérience générale que les hommes n'apprécient jamais les avantages et les biens qu'ils possèdent. Ceux qui sont les mieux doués sont précisément ceux que cela touche le moins. J'ai souvent fait, à part moi, une application de ce principe à la Profession de ce pays en rapport avec les Bureaux de médecine, quand j'entendais des murmures de mécontentement. Comme ces Bureaux constituent un trait spécial du système médical canadien vous me permettrez de relater un

peu longuement leur origine et leurs fonctions. D'abord, le Bureau de Médecine est simplement un bureau d'enregistrement nommé par l'Etat, tel qu'est aujourd'hui le Bureau de Médecine Britannique; mais ici, dans les commencements, avant la fondation des écoles et des universités, il était aussi chargé de faire subir des examens et d'octroyer des permis de pratiquer. Quand vinrent les universités, cette dernière partie des attributs du Bureau disparut en partie, de sorte que celui-ci n'eut d'autre chose à faire qu'à enregistrer les diplômes. Il se fit un changement très important quand les Bureaux devinrent électifs et purent dès lors représenter effectivement la profession. Dans Ontario, ceci se fit par l'acte de 1866 et dans la province de Québec par l'acte de 1847. Dans Ontario, le choix des membres du Bureau se fait suivant un mode vraiment démocratique, les médecins de chaque district électoral choisissant leur candidat respectif. Dans la province de Québec, on suit un mode plus incommode et moins populaire; chaque constituant vote non seulement pour les candidats de son propre district mais aussi pour les candidats des autres districts. Or, comme on peut aussi y voter par procuration, toute l'élection peut, à un moment donné, se trouver entre les mains d'une clique qui se serait assuré le plus grand nombre de procurations. Mais ce mode a fait son temps, et celui que j'ai mentionné plus haut pour Ontario sera bientôt introduit dans Québec.

De tout temps il y a eu conflit entre les universités et la Profession telle que représentée par les Bureaux de Médecine. Les universités ont toujours maintenu pour leurs élèves le droit d'avoir une licence sans examen ultérieur, privilège qui leur est encore accordé dans la province de Québec. Mais les universités ayant une charte royale ont fait plus encore autrefois; elles se sont opposées fortement à l'incorporation de toutes écoles de médecine indépendantes, et nous en avons eu une preuve dans le sentiment d'hostilité manifesté envers l'Ecole de Médecine de Montréal par l'Université McGill, et envers l'Ecole de Médecine de Toronto par l'Université de Toronto. Cette opposition était basée en grande partie sur les motifs les plus élevés. Les opposants craignaient que si de nombreuses écoles indépendantes étaient fondées, chacune ayant la faculté d'accorder une licence reconnue valable par les Bureaux provinciaux, il en résulterait un véritable commerce de diplômes, le niveau des études serait abaissé et la profession serait ruinée en tant que profession.

Tels que constitués maintenant, les Bureaux de Médecine ont, de par la loi, plein pouvoir d'adopter des règlements concernant l'éducation médicale dans les provinces, de déterminer quelles études préliminaires seront exigées, en quoi devra consister le curriculum, et de faire tels changements qui, de temps en temps, pourraient devenir nécessaires. Si nous considérons les conditions dans lesquelles nous sommes, ces divers points sont avantageux au plus haut degré. Il y a dans la Puissance onze écoles de médecine, dont plusieurs sont des corporations qui ne sont soumises à aucun contrôle, et dont les facultés ne sauraient être responsables, n'étant sous la surveillance d'aucun administrateur ou gouverneur. Même parmi celles qui font partie des universités, il en est qui, comme facultés, sont partiellement ou entièrement indépendantes, et il y a eu des cas où, pour conserver une plus grande liberté, on a sacrifié les avantages de l'affiliation universitaire. Le résultat inévitable d'un

semblable état de choses est une concurrence très active. Les élèves sont peu nombreux, les écoles abondent; les dépenses sont lourdes tandis que la recette est légère; la nature humaine est fragile, et vous savez ce qui arrive alors. Les mesures restrictives sont mises de côté, on offre des avantages spéciaux. Peu à peu le niveau des études s'abaisse, les examens deviennent une farce, et les écoles ne sont bientôt plus que des *machines à diplômes*, dans lesquelles les plus hauts intérêts de la profession et la sécurité même du public sont sacrifiés à la cupidité des candidats. L'esprit peut à peine mesurer jusqu'à quel point peuvent s'abaisser les directeurs de certaines institutions, grâce à ce système de compétition effrénée. Ceux-ci remueront ciel et terre pour s'attirer des élèves; ils auront recours aux sollicitations et à la persuasion, à différents artifices et ruses d'une probité douteuse. Finalement les propriétaires de ces écoles sont pris d'une sorte de paralysie morale (ce que les théologiens caractérisent du nom d'endurcissement du cœur), et alors, incapables de voir et encore moins de faire ce qui est juste, ils en viennent à croire que leur système est bon, et les tentatives de réforme deviennent à peu près désespérées. Ce tableau n'est pas chargé. La libre compétition entre plusieurs écoles est synonyme de commerce libre des diplômes, et ce commerce libre est lui-même synonyme d'homicide.

Les Bureaux de médecine ont sauvé les écoles canadiennes de semblables désastres. Les collèges se sont opiniâtrement opposés à l'extension des pouvoirs des Bureaux, jaloux qu'ils étaient de leurs droits et de leurs chartes ; et puis, empressés à mettre des obstacles à d'utiles législations au lieu de favoriser celles-ci, ils ont trop souvent, bien qu'ils ne le sussent pas, trouvé la victoire dans la défaite. Le principe est bon et bien établi : la profession médicale d'un pays ou d'une province doit être la gardienne de son propre honneur. La profession, en effet, est plus grande que les écoles qui n'en sont que des parties. Elle doit avoir sous son contrôle tout ce qui regarde l'éducation médicale et la pratique de l'art de guérir.

Incorporé, le corps professionnel de chaque province est connu sous le nom de " Collége des Médecins et Chirurgiens ", de " Conseil Médical ", de " Bureau de Médecine ", et, comme vous le savez tous, par l'acte de la Confédération, chaque province a le droit de régir ses propres affaires en matière d'éducation. Sur ce point, les Bureaux, pour répondre à l'idéal que l'on s'en fait, doivent faire ce qui suit : 1° Examiner les qualifications des candidats à l'étude de la médecine. 2° Disposer le curriculum de la meilleure manière possible, pour le plus grand bien du pays et suivant les exigences de la science moderne. 3° Contrôler d'une manière absolue les examens pour la pratique de la médecine. Je me propose de faire quelques remarques sur chacun de ces points, surtout en ce qui touche l'état de choses actuel.

1° *Examen préliminaire.*—Dans la plupart des provinces, un système tout à fait satisfaisant est établi, et un jeune homme, avant de commencer à étudier la médecine, doit donner des preuves que son éducation générale le met en état de se livrer d'une manière intelligente à l'étude d'une profession. Si l'examen est satisfaisant, on lui permet de s'enrégistrer et c'est de là que date le commencement de ses études professionnelles. Un bureau devrait pouvoir contrôler ses propres examens préliminaires et n'en pas accepter d'autres. Il est direc-

tement responsable envers la profession du fait que aucun sujet incompétent n'est admis à l'étude. Un échec est de moindre importance pour un jeune homme et est alors plus facilement supporté qu'il ne le serait à un âge plus avancé. Les examinateurs devraient être des personnes indépendantes, livrées à l'enseignement général, et il en faudrait au moins trois ou quatre. Un homme seul ne peut pas faire subir d'une manière entièrement satisfaisante un examen préliminaire. L'organisation du Bureau pour les examens préliminaires à Québec devrait servir de modèle à toutes les autres provinces. Ici dans Ontario on a certainement rétrogradé quand le Conseil Médical a confié à d'autres mains l'examen préliminaire ; en outre, l'acceptation du certificat d'un *High School* n'est pas sans désavantages. Nous avons besoin de veiller de plus en plus sur ce point, et dans l'intérêt de la haute éducation, les Bureaux devraient recevoir l'appui cordial des écoles de médecine dans les efforts qu'ils font pour mettre l'éducation à un niveau honnête et satisfaisant. Que l'on se soit relâché sur ce point dans le passé, tous ceux qui ont eu occasion de voir les questions d'examen ne le savent que trop. Par tout le Canada les sujets d'examen sont à peu près les mêmes que ceux recommandés par le conseil médical britannique et comprennent les éléments d'une bonne éducation générale ainsi qu'une connaissance suffisante du latin. A ces sujets spéciaux on a ajouté dernièrement la philosophie naturelle, la chimie et la botanique, cette dernière étant facultative.

L'étudiant a eu dans le passé à lutter contre plusieurs difficultés qui devraient disparaître. Dans quelques cas il a eu à subir deux examens, un devant le Bureau de la province et l'autre devant l'université où il désire prendre ses degrés. L'examen préliminaire des bureaux devrait être conduit de telle façon que toutes les universités pourraient l'accepter au lieu et place de la leur, et s'il était universellement reconnu par les professeurs dans les *High School s* et par les candidats qu'il y a qu'une porte d'entrée à l'étude de la médecine, c'est-à-dire par le Bureau Médical et des examinateurs autorisés, on éviterait beaucoup de trouble et d'ennui. De plus, dans l'intérêt des étudiants, il faudrait mettre le plus grand soin dans le choix des sujets d'examen, sujets qui devraient être les mêmes que ceux enseignés dans les classes avancées de hautes écoles. On devrait, autant que possible, choisir des livres semblables à ceux en usage pour les autres examens. Un manque d'attention à ces détails apparemment insignifiants a été parfois le point de départ de beaucoup d'irritation de la part des étudiants et des professeurs.

Laissez-moi donc insister auprès de vous sur l'importance de faire tout en votre pouvoir pour placer sur une base solide l'éducation préliminaire des étudiants. La chose est entre vos mains, insistez pour avoir des bureaux compétents, indépendants et responsables auprès des représentants que vous avez choisis, et, ce qui est également important, inspirez aux étudiants et aux jeunes gens qui vous demandent conseil le besoin qu'ils ont d'une sérieuse préparation. Comme résultat de quelques années d'observation, je dirai que les médecins de notre pays en général ne sont pas tout à fait à la hauteur de leur devoir sur ce point. Trop souvent les jeunes gens se présentent aux examens sans y être suffisamment préparés et échouent par le fait même de la faiblesse de leur éducation préliminaire.

2. *Règlementation du cours d'études.*—La profession en général a, par le moyen de ses délégués, le droit incontestable de règlementer et d'agencer le curriculum des études que devront suivre les candidats à la pratique de notre art. Les gouvernements reconnaissent ce droit et ont donné au bureau le pouvoir d'adopter les mesures que ceux-ci croiront être nécessaires. Dans l'exercice de cette fonction, il y a eu, par le passé, quelques froissements, et dans aucun de leurs attributs les Bureaux des différentes provinces ne devront à l'avenir procéder avec plus de circonspection que dans celui-ci. Les professeurs des écoles se plaignent fréquemment qu'il y a eu beaucoup de remaniements, lesquels n'ont pas toujours été de nature satisfaisante. Quiconque a examiné la chose avec soin en viendra, je crois, à la conclusion qu'il y en a eu très peu et que les résultats en somme n'ont pas été mauvais. Le curriculum est actuellement dans une période de transition et nous devons nous attendre à voir s'opérer dans les quelques années qui vont suivre des changements très importants, changements que je ne me propose pas d'examiner en détail. Une chose est bien claire, c'est que les Bureaux et les corps enseignants doivent agir de concert, l'harmonie dans l'action étant nécessaire, tant dans l'intérêt de l'étudiant que dans celui de la profession. En ce pays, les étudiants de toutes les classes visent au degré autant qu'à la licence et ne se contentent pas de celle-ci comme le font la plupart des étudiants en Angleterre. De là le besoin impérieux qu'il y a d'une certaine uniformité dans les programmes des Bureaux et des universités. Les professeurs ne peuvent pas disposer l'instruction préliminaire d'après plusieurs plans. Le devoir du Bureau est de déterminer un curriculum au minimum auquel chaque étudiant devra se conformer et que les écoles peuvent aisément adopter. Les programmes universitaires, tout en étant aussi étendus que les autorités le désireront, devront être basés sur le même principe, de sorte que un étudiant pourrait aisément poursuivre ses études pour l'une ou pour l'autre profession sans inconvénient et les professeurs pourraient, sans s'exposer à des répétitions inutiles, préparer un sujet pour l'un ou l'autre examen.

Heureusement les universités et les corps enseignants sont bien représentés dans les Bureaux (trop bien dans d'autres, proportionnellement à l'étendue du territoire), et l'introduction et la disposition des changements nécessaires dans le curriculum échoiera surtout à leurs délégués, mais il y a beaucoup de détails qui demandent de tous une sérieuse attention. Les membres des comités d'éducation ont leur tâche toute faite pour les quelques années qui vont suivre. Parmi les questions importantes qui attendent une solution dans quelques-unes des provinces, sont la mise en vigueur stricte des quatre années d'étude et l'opportunité d'étendre la session à neuf mois, ou, ce qui revient au même, de rendre la session d'été obligatoire. Il faut aussitôt que possible faire disparaître la clause qui permet à l'étudiant de passer chez un médecin une de ses quatre années d'étude, et cela pour deux raisons. D'abord, dans la majorité des cas, cette année là n'est qu'une farce, et après information on découvre que l'étudiant a continué ses études ordinaires, allant peut-être au bureau d'un médecin dans la soirée ; cela n'équivaut certainement pas à une session passée à l'école. Si l'on tolère encore cet état de choses, que ce ne soit pas la première mais bien la troisième année, comme cela se fait dans la province de Québec, car alors

l'étudiant est à même d'acquérir des connaissances vraiment utiles en médecine et en chirurgie. J'ai été surpris, il y a quelques années, en obtenant certaines statistiques du régistrateur d'un des Bureaux, de constater combien de sujets avaient suivi tout leur cours en trois ans. Sur ce point, les Bureaux ne devraient pas rester en arrière des universités les plus importantes qui, on le sait, ne regardent pas comme équivalant à une session l'année passée chez un médecin. En second lieu, le changement dont je parle devrait être fait dans l'intérêt des écoles elles-mêmes. Un cours de trois sessions ne peut être disposé d'après aucun plan convenable. Il arrive toujours de deux choses l'une, soit que l'étudiant accorde trop d'attention aux matières primaires durant les deux premières sessions et laisse de côté durant une courte session les matières finales qui sont plus importantes, soit que, durant la seconde session, il essaie de travailler à la fois aux matières primaires et finales, et n'aboutisse finalement qu'à s'empêtrer, en restant également faible sur les deux parties. L'extension des cours à neuf mois, telle qu'elle existe dans quelques-unes des écoles de la province de Québec, devra finalement être adoptée par toutes les facultés de médecines. Point n'est besoin de s'arrêter ici pour se demander comment on en est venu à la sotte habitude de donner six mois de vacance. La sottise de la chose est trop évidente pour qu'il soit nécessaire de la faire remarquer, et nous pouvons prédire qu'avant que dix années se soient écoulées le cours de neuf mois sera adopté partout, soit comme session continue, tel que cela se fait à l'Université Laval, soit en rendant obligatoire la session d'été qui n'est actuellement que facultative.

Contrôle du pouvoir d'accorder la licence.—Ce contrôle est l'attribut le plus important des bureaux de médecine. Agissant au nom de l'Etat, ceux-ci ont le droit et le devoir de voir à ce que les candidats à la licence soient tous dûment qualifiés. Ils sont la sauvegarde du public et de la profession, et dans ce cas-ci en particulier, leur responsabilité est considérable. Le grand desideratum serait qu'il n'y eut, dans chaque pays, qu'une seule porte par laquelle on put entrer dans la profession médicale et en exercer légalement les privilèges: les qualifications exigées devront être les mêmes pour tous.

Dans quelques pays c'est l'Etat qui intervient directement pour nommer les examinateurs, mais un système encore préférable est celui que nous avons ici et par lequel l'Etat confie ce devoir à la profession prise comme corps. C'est sur cette question que les guerres professionnelles les plus acharnées se sont livrées et se livrent encore aujourd'hui. Les universités et collèges ayant charte ont, pouce par pouce, contesté les droits de la profession sur ce point et la lutte n'est pas finie partout. Le fait d'avoir obtenu d'une université [de si excellente réputation qu'elle soit] un degré en médecine, ne peut pas raisonnablement impliquer le droit d'enrégistrement ni celui de pratiquer. Les écoles sont des corps indépendants, en dehors [dans une grande mesure] du contrôle de l'Etat, et tout-à-fait en dehors du contrôle de la profession. Elles sont nombreuses, et la concurrence entre elles est forte; en outre, les qualifications requises pour l'obtention des degrés varient avec chaque université, et les examens ne se font pas d'après un programme uniforme. Ce sont des corporations fermées au vulgaire,

et ni le public, ni la profession ne peut savoir ce qui se passe dans le conseil de ces facultés. La plupart du temps les professeurs sont aussi les examinateurs. Un tel état de choses ne peut conduire qu'au relâchement et est plein de danger pour les intérêts de tous ceux qui y sont concernés.

Un système uniforme n'a pas encore été adopté dans toutes les provinces. Dans quelques-unes, encore trop nombreuses, la possession d'un degré obtenu après un cours ordinaire d'études donne le droit d'avoir une licence, tous les autres candidats ayant à subir l'examen. Dans Ontario, on a réussi à atteindre le but désiré, et le seul moyen pour les médecins de s'y faire enrégistrer est de subir l'examen requis devant un Bureau choisi par le conseil médical. Les autres provinces devront finalement en venir là, elles aussi. C'est ce que la profession médicale, en Angleterre, cherche depuis longtemps, mais en vain, à obtenir. Dans la province de Québec, le Bureau médical accepte les degrés des universités provinciales auxquelles il envoie des assesseurs, (comme cela se fait pour le Conseil Médical en Angleterre,) qui font rapport sur la manière dont se sont faits les examens. Tous les candidats à la licence, non porteurs de diplômes des universités du pays, doivent y subir l'examen. Quoique ce mode n'ait pas donné exactement de mauvais résultats, ce n'est qu'un pis-aller, et l'on devra en venir à le remplacer par un bureau central d'examinateurs qui contrôlera les qualifications de tous les candidats. Malheureusement les circonstances exigeront, dans cette province, la formation d'un double Bureau, un pour les Canadiens-Français et un pour les Canadiens-Anglais. Dans les détails d'organisation d'un Bureau central d'examens, il y a certaines difficultés inévitables qui, tout d'abord, sont une cause d'ennui et de mécontentement, mais qui, avec de la patience et du bon vouloir de part et d'autre, disparaissent graduellement. Le choix d'examinateurs compétents est chose délicate et sur laquelle les médecins attachés aux écoles nous exposent ordinairement des griefs plus ou moins fondés. Ces examinateurs ne sauraient certainement être choisis au hazard parmi les membres du Bureau. Il y a quelques années, un de mes amis fut nommé examinateur sur la chimie dans le Bureau provincial de Québec ; c'était un praticien très capable, mais dont les connaissances en fait de chimie étaient plus ou moins vagues et embrouillées, et, à l'examen il était difficile de dire lequel était le plus en peine, du Dr XXX ou de l'élève.

Les professeurs des écoles et universités ont raison de se plaindre quand les Bureaux choisissent comme examinateurs sur des sujets spéciaux tels que l'anatomie, la chimie, la physiologie, la pathologie, des hommes qui ont été, pendant plusieurs années, en pratique active, qui, pendant tout ce temps, n'ont pas pu suivre tous les progrès faits dans ces matières, et qui, pour se dérouiller un peu, ont à travailler aussi ardument, peut-être, que les pauvres candidats. Ces difficultés n'existent pas pour les matières plus pratiques, et les conseils ont alors de quoi faire un choix. Là où des connaissances techniques spéciales sont requises, il serait préférable d'ignorer la loi qui ne permet pas aux Bureaux de choisir un professeur comme examinateur sur la matière qu'il enseigne. En Allemagne, pour les " *Staats Examen*," les professeurs des diverses branches sont ordinairement choisis par le gouvernement pour examiner sur les sujets qui forment la matière de leur

cours. C'est là un point auquel les Bureaux devront à l'avenir accorder toute leur attention. Il est certain qu'ils oublient le respect dû à la profession et aux étudiants en nommant comme examinateurs sur certaines matières des hommes qui n'ont pas pour cela les qualifications spéciales nécessaires.

Les examens pour la licence devraient être, à tous les points de vue, aussi pratiques que possible, mais pour ce faire, un Bureau provincial doit posséder en propre une bâtisse et les appareils nécessaires et prendre des arrangements avec un hôpital, afin d'avoir accès, au besoin, à un certain nombre de malades. Comme le travail en question se fait en premier lieu dans l'intérêt du public, il est évidemment du devoir des législateurs de venir en aide aux Bureaux, et il semble probable que la province d'Ontario qui a été la première à adopter le système du Bureau central sera aussi la première à posséder un local digne de sa profession médicale. Un tel local devrait renfermer tout ce qui est nécessaire pour les fins d'examen. La division des matières en primaires et finales, telle qu'elle existe actuellement dans la plupart de nos universités et au Conseil Médical d'Ontario semble être la meilleure. Les primaires comprennent l'anatomie, la physiologie, la chimie générale et médicale et la matière médicale ; les finales comprennent les branches plus pratiques de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique. Quant aux détails pratiques, on pourrait suivre en beaucoup de points les *Staats Examen* d'Allemagne.

On a constaté qu'il est très difficile de conduire les examens d'une manière satisfaisante quant au temps, au lieu et à la rapidité. Ces examens devraient se faire immédiatement après les examens universitaires et non pas, comme cela se pratique aujourd'hui, immédiatement à la fin de l'année académique. On pourrait alors y consacrer plus de temps, ce qui deviendra nécessaire si l'on rend les épreuves plus pratiques. A mesure que le nombre des candidats augmente, il faut doubler le nombre des examinateurs sur chaque matière. Un endroit sera choisi dans chaque province pour les séances du Bureau, et ce sera presque toujours la principale ville.

Dorénavant il va falloir consacrer beaucoup plus de temps aux parties pratiques des matières d'examens, car c'est par là surtout que l'on peut s'assurer des aptitudes et capacités d'un candidat. Le jour des examens théoriques est passé.—*A continuer.*

Etude sur la variole.—Moyen de préservation.—Vaccine.

Messieurs les Rédacteurs,

Au printemps dernier on craignait l'arrivée du choléra dans le pays. Il a été remplacé par la guerre et la petite vérole.

La guerre est terminée, heureusement, sans conséquences trop déplorables. En sera-t-il ainsi de la petite vérole qui se répand dans la Province de Québec ? Elle a fait déjà plus de victimes que la guerre, et elle ne fait que commencer.

Outre les conséquences fâcheuses, inhérentes à cette hideuse maladie, par un malentendu très regrettable, elle a été cause aussi de la guerre ou de l'émeute dans une ville importante de la province.

Ces troubles sont survenus à cause de la vaccinatiou de la lymphe animale ou humanisée que l'on a employée comme préservatif contre la variole.

La vaccination est-elle un remède ou un bien ?

MM. les Rédacteurs, avec votre permission, je veux dire un mot sur le sujet, que vous publierez sur votre journal, si vous trouvez la chose opportune.

Dans le passé, la vaccination a procuré un grand bien pour la préservation des masses contre cette terrible maladie que l'on connait sous le nom vulgaire de *picotte*.

Jenner, médecin anglais, fit la découverte de la vaccine, en 1749. Ce nouvel agent préservait de la maladie. Le médecin fut considéré dans le temps et depuis comme bienfaiteur de l'humanité.

L'inoculation du vaccin à l'homme a été depuis cette époque regardée par la grande majorité des peuples, comme un préservatif sûr contre la variole. Il y eut dans le temps beaucoup d'opposition pour l'établir, mais l'idée a prévalu, et la pratique aujourd'hui en est universelle.

Dans notre pays, on fait de ce temps-ci de l'opposition à cette pratique. Pourquoi ?

Est-ce que le principe du célèbre savant anglais ne vaut plus rien ?

Je suis loin de le dire, car c'est encore le moyen le plus certain à opposer à cette affreuse maladie.

L'incertitude de son action aujourd'hui vient de l'altération du *virus vaccin* que nous possédons.

L'opposition que l'on fait à son application tire son origine des conséquences fâcheuses et nombreuses survenues à la suite de l'emploi de mauvais vaccin ou d'un virus affaibli.

Que faut-il donc faire pour rétablir la confiance que l'on avait autrefois dans l'action bienfaisante de la vaccination.

Sans doute la vaccination a produit des accidents dans tous les pays ; mais la grande majorité des résultats heureux obtenus, établit comme pour tout autre moyen curatif, la supériorité et la nécessité de l'emploi du système.

Met-on un bon remède de côté parce qu'il n'agit pas toujours à notre gré ? Il faudrait alors, à part quelques exceptions, s'en rapporter presque exclusivement à la force médicatrice de la nature.

Pour ma part, voilà plus de trente ans que je pratique la vaccination, et sauf quelques exceptions, je n'ai eu qu'à me louer de ses bons effets toujours constants.

Pro bono publico, veuillez, MM. les Rédacteurs, me donner la permission d'émettre une opinion sur la question de la vaccination.

Il est reconnu et admis qu'il faut avoir un bon *virus vaccin*, pour opérer avec avantage et pour obtenir un résultat satisfaisant.

Mais comment se procurer ce *genuine virus*.

Je vois que le comité provincial de salubrité en est venu à la détermination d'exiger la vaccination compulsoire. La chose me paraît un peu arbitraire pour le moment, avec l'organisation actuelle, de fournir la lymphe vaccinale.

La préparation et la vente de la lymphe ne devraient pas être laissées à l'initiative privée.

Le contrôle devrait être, comme en Angleterre, sous le patronage du gouvernement. Il y a en Angleterre le *National Vaccine Establishment*, sous la direction immédiate du Conseil Privé.

Ce bureau surveille la préparation de la lymphe et en fait la distribution gratuitement, sous plusieurs formes, aux médecins légalement qualifiés dans toutes les possessions britanniques.

De cette manière la confiance s'introduit chez le public, parce qu'il sait qu'il ne sera pas trompé sur la qualité du vaccin employé.

Cette confiance établie et les bons résultats obtenus, résultats que tout le monde voit, font accepter avec plaisir, au moins sans défiance, la vaccination comme un préservatif certain contre la variole.

J'ai fait moi-même l'emploi de cette lymphe vaccinale venue de Londres dans les dernières années et je n'ai jamais constaté d'accidents dans son application. Le résultat de cette vaccination a toujours été d'une parfaite exactitude dans sa marche, son développement et dans ses conséquences préservatrices.

On a beaucoup écrit en Europe et dans notre pays en faveur de la vaccination et contre la vaccination avec la lymphe provenant de la vache et surtout contre la lymphe humanisée.

En consultant l'opinion exprimée, on voit que dans tous les pays les plus importants par la science, la plupart des discutants considèrent l'emploi de la lymphe vaccinale chez l'homme, comme le meilleur préservatif contre la variole.

Cette méthode n'est pas infaillible il est vrai, mais elle offre la plus forte garantie que la science et l'expérience possèdent. D'ailleurs l'insuccès peut souvent venir d'une autre cause, soit de l'idiosyncrasie ou du tempérament. Il faut savoir distinguer et ne pas mettre sur le compte de la vaccine des insuccès qui ne lui appartiennent pas.

A Montréal, dans le temps actuel où la variole sévit assez sérieusement, il est constaté que le plus grand nombre de ceux atteints par la maladie sont ceux qui n'ont pas été vaccinés.

Ainsi donc, aujourd'hui, pour éviter toute opposition, révolte ou émeute, il faut convaincre le peuple que la vaccination n'offre plus de danger, et que le vaccin fourni est d'une pureté de source parfaite.

La vaccination compulsoire pourrait avoir alors sa raison d'être, et arriver avec des chances raisonnables d'être acceptée par tout le peuple sans aucun trouble.

Tant que cette certitude ne sera pas établie, il me paraît arbitraire d'obliger les familles d'accepter ce mode de préservation qui n'en est pas un, du moment que vous constatez la non-efficacité du vaccin ou sa malignité dans un grand nombre de cas.

Car s'exposer à contracter des maladies qui sont pires que celles que l'on veut éviter, me parait d'une logique et d'une prudence peu louables. Il est mieux de courir sa chance.

Quand à contracter une maladie, il est préférable de prendre la petite vérole que la grosse vérole, qui porte le nom de *syphilis*.

Pour la petite vérole, quand c'est fini et que l'on en revient, tout est fini ; il n'en reste que quelques marques sur la peau. La constitution est libérée pour la vie, et votre progéniture n'en souffre pas.

Mais pour la syphilis, si on n'en meurt pas, on ne sait jamais quand elle a dit son dernier mot pour vous et pour ceux avec qui vous vivez et qui peuvent naître de vous.

Avec un vaccin contaminé, on est donc exposé à un danger plus grand que celui dont on veut se préserver.

Dans les villes, on ne devrait jamais inoculer le vaccin humanisé,

parce qu'il est toujours difficile de préciser l'état de santé ou le tempérament de ceux de qui vous le prenez.

De sorte que ce vaccin peut renfermer bien souvent des principes délétères, qui, plus tard, sous l'action vitale et l'action du temps, peut apporter dans les constitutions des perturbations inexpliquables quelquefois, mais qui cependant, ont leur source dans l'application faite il y a des années d'un *virus* impur.

A la campagne, l'objection est moins grande, puisque les enfants ou autres sont sous des meilleures conditions sanitaires. Il est aisé presque toujours de certifier l'état parfait du tempérament sous tous les rapports.

Dans ce cas, on peut vacciner de bras à bras. Jenner aimait beaucoup cette pratique. Mais aujourd'hui, vû les accidents, avant de procéder de cette façon, il faut être sûr de son affaire. Du temps de Jenner, et après lui à venir jusqu'à quelques années, on considérait une première vaccination comme préservant pour toute la vie. L'immunité n'est pas aussi parfaite maintenant, puisque l'on est venu à la revaccination. C'est plus prudent.

En faisant cette dissertation, je n'entends pas jeter du discrédit sur la précieuse découverte de Jenner.

Je crois à ses bienfaits et je considère l'inoculation de la vaccine chez les êtres humains comme le préservatif le plus certain contre cette terrible maladie que l'on appelle petite vérole.

Toute la question aujourd'hui consiste à rétablir la confiance dans cette pratique. Mais pour cela il faut une autre organisation dans le pays pour fournir de la lymphe pure, et nous donner toutes les garanties qu'elle est parfaitement saine et *genuine*.

Le gouvernement ou les gouvernements du Canada, comme en Angleterre ou autres pays, devraient fonder une institution nationale de vaccine, et fournir gratuitement aux médecins un article garanti, et ne rien laisser à l'initiative privée dans la préparation de ce préservatif.

La vaccination gratuite dans certaines circonstances serait aussi le meilleur mode d'application, car rien ne prouverait mieux au peuple la sollicitude des autorités, et que le tout est fait dans l'intérêt général. Ce serait aussi un bon moyen de mettre cette pratique à l'abri de toute idée d'intérêt personnel ou pécuniaire, et rendrait très facile le travail du médecin vaccinateur, surtout lorsque la vaccination est compulsoire.

En établissant un bureau national de vaccine, on verrait de suite la confiance renaître ; on éteindrait du coup toute opposition.

De pareilles violences n'ont pas leur raison d'être, mais il ne faut pas les provoquer.

Avant de passer des règlements, on doit d'abord être convaincu de la vérité du principe sur lequel on s'appuie, quand même le principe s'appelle *virus*. Lorsque cette conviction est formée, la coercition peut arriver pour le plus grand bien de tous.

La liberté individuelle est une chose si belle et si sacrée, que l'on ne doit pas y porter atteinte sans raison majeure mais seulement pour le bien général.

On a déjà vu des enfants mourir ou subir des accidents bien graves à la suite de vaccination mal faite ou faite avec du mauvais virus.

Est-il raisonnable aujourd'hui, dans les circonstances, de nous obliger

à souffrir une pareille opération, quand vous savez que dans votre famille, un de vos membres a subi un désastre pour l'emploi de cet agent.

Il est alors vexatoire de l'exiger d'une autre personne de cette famille, si vous n'êtes pas capable de la rassurer sur le succès complet de votre préservatif, et ce préservatif que l'on emploie aujourd'hui dans le pays, quel est-il et d'où vient-il ? *That is the question ?*

Il faut d'abord nous convaincre et nous rassurer sur la valeur et la bonté de notre vaccin.

On nous dit bien que la lymphe est pure, qu'elle vient de ci, de là.

Sur ces recommandations vous l'employez, et elle est loin de vous donner satisfaction, ou elle vous cause des accidents.

A propos de vaccination ou autre objet d'intérêt public, toute loi doit être faite en vue d'opérer le bien commun. Pour combattre la variole avec la vaccine surtout, on n'obtiendra de résultat satisfaisant, qu'en autant qu'on en viendra à une organisation indépendante de toute idée de gain ou de commerce. Pas de vaccine dans les magasins. Il y a assez des remèdes patentés qui sont vendus sans dicernement et qui sont prescrits par ce qu'en dit l'avis sur la gazette. Simple affaire d'argent.

Quant à la santé, on s'en occupe peu : ces remèdes sont annoncés comme bons pour toutes les maladies, ce qui est absurde. La réclame commence à venir aussi pour la vaccine.

Tous les vendeurs de la lymphe, (ils sont déjà légion), garantissent tous, leur marchandise comme très pure, et pour avoir eu trop la foi il faut quelquefois faire pénitence et avoir des regrets en voyant les désordres que l'inoculation cause chez un certain nombre de nos vaccinés. Tous les jours, (ça commence à être drôle), je reçois par la malle une annonce d'un marchand de lymphe.

Je crois donc de l'intérêt public, et que l'on ferait une œuvre humanitaire si l'on fondait une institution nationale de vaccine sous le contrôle du gouvernement.

Il serait peut être mieux que le gouvernement fédéral prit l'initiative de cette institution pour toute la Puissance. Le bureau de Londres, sous la direction immédiate du Conseil Privé, opère un grand bien dans le Royaume. Si le gouvernement de notre pays prenait la chose sous son contrôle, la vente de la lymphe vaccinale ne paraîtrait plus une affaire de commerce, la confiance renaîtrait, et vous rendriez facile le travail des vaccinateurs qui seraient accueillis avec bonheur parmi les populations. Et vos comités de santé, et vos pharmaciens vendeurs de la lymphe, et vos médecins vaccinateurs ne seraient pas inquiétés. Il n'y aurait plus besoin de bayonnettes pour les faire respecter, car tout le monde deviendrait convaincu du bienfait apporté.

En face d'une épidémie qui sévit et qui menace de se répandre par tout le pays, il faut agir immédiatement, et on ne peut attendre la fondation d'un pareil bureau ; ce serait ouvrir la porte encore plus grande à de nouveaux désastres.

Tôt ou tard ce bureau devra être établi, il est de nécessité, car il nous donnera notre meilleure garantie pour l'avenir.

On me dira peut-être que le pays n'est pas assez riche pour fonder et entretenir une pareille institution.

Quand on envisage la perte que le commerce de Montréal va subir

cette année à cause de cette maladie, l'on se convaincra que l'intérêt des sommes perdues est plus que suffisant pour maintenir sur un haut pied un pareil bureau. Si le pays devenait tout envahi, quelles pertes énormes ne ferait-il pas ?

Les résultats favorables à la fortune et à la santé publique seraient donc immenses, si la création d'une telle institution prévenait le retour de cette maladie.

Voilà mon idée sur la question si importante de la vaccination. Si mon projet est bon, il sera accepté, ou du moins discuté. Je le soumets bien humblement à la considération de mes confrères, et j'espère, que quelques-uns de nos hommes publics pourront y trouver l'occasion d'opérer par une telle fondation un grand bien pour le peuple du Canada.

Il y aurait bien encore quelque chose à dire sur les moyens hygiéniques et thérapeutiques à prendre pour se préserver de la contagion ou la diminuer quand elle existe. L'organisation locale et la propreté partout avec l'isolement des malades sont les plus certains. Les comités de salubrité dans chaque canton peuvent voir à cela.

Dans les villes le système des égoûts surtout doit être parfait. La plus grande cause de l'infection peut venir de ces conduits mal entretenus ou mal faits, surtout lorsque la maladie est établie dans une ville.

Dans tous les cas, il s'agit pour le moment de prendre tous les moyens à notre disposition contre ce fléau qui nous arrive pour nous décimer, et qui a causé déjà des torts incalculables aux affaires et au bonheur de la vie. Avec le secours de Dieu et des hommes on peut y parvenir.

Veuillez me croire,

MM. les Rédacteurs,

Votre tout dévoué,

Dr M. L. Palardy.

St. Hugues, 6 octobre 1885.

COMMUNICATIONS.

Diphthérie et Chlorate de potasse.

Messieurs les Rédacteurs,

Je n'ai qu'un mot à dire à M. le Dr Lippé, en réponse à sa dernière correspondance, et ce mot, je l'espère, devra clore une discussion que vos lecteurs estiment, sans doute, avoir duré trop longtemps.

M. le Dr Lippé m'accuse d'être en opposition flagrante avec les auteurs que je lui ai cités pour combattre sa manière de voir à lui. Là n'est pas la question pour le moment. Il ne s'agit pas de savoir quelles opinions je puis professer sur le sujet précité, mais bien de constater si, comme le prétendent M. Lippé et *Un abonné*, le chlorate de potasse est un agent curatif, presque spécifique, dans le traitement de la diphthérie. Ces messieurs sont-ils dans le vrai ? Suis-je dans le tort en prétendant le contraire ? Là est toute la question.

J'ai cité quelques uns des auteurs modernes les plus compétents et les plus autorisés pour démontrer que le chlorate de potasse, dans le trai-

tement de la diphthérie, n'agit pas mieux que n'importe quel autre médicament. Quelques-uns de ces auteurs vont même jusqu'à nier toute vertu thérapeutique au sel de Berthollet. Ces citations n'ont pas fait l'affaire de M. Lippé, qui ne voulant pas prêcher dans le désert, s'évertue à démontrer que moi aussi je suis de son avis puisque je n'ai pas nié absolument les bons effets du chlorate en certains cas d'angine diphthéritique. Entre le fait d'admettre qu'à la rigueur le chlorate de potasse puisse rendre des services et le fait de prétendre qu'il réussit dans presque tous les cas, il y a bien loin, et si Gubler, Stillé, Jacobi, etc., ont eu raison de condamner l'emploi du médicament contre la diphthérie, je ne saurais être dans le faux, en prétendant que ce n'est pas un spécifique. En résumé M. Lippé a *affirmé* un fait que je me suis permis de *mettre en doute ;* or, pour lui prouver que mon doute était fondé, j'ai rapporté l'opinion de nos maîtres à tous qui *nient* absolument le fait en question. Si ces derniers ont raison de nier, je ne saurais avoir tort de douter, d'où il suit que l'affirmation de M. Lippé est erronée.

Au reste, je vois que je ne suis pas le seul à refuser au chlorate de potasse toute action spécifique. Mon excellent ami, le Dr Prévost d'Ottawa, a émis la même opinion et l'a motivée d'une manière fort pertinente, dans le No. d'Octobre de l'UNION MÉDICALE, et si toute la profession médicale montréalaise était appelée à dire son mot là-dessus, on en verrait bien d'autres.

Veuillez agréer,

Messieurs les Rédacteurs,

les meilleurs remerciments de

MÉDECINE.

De la térébenthine dans les affections de la peau, par le Dr Radcliffe CROCKER.—A une liste des agents efficaces, qui commence par l'arsenic, le plus précieux, et comprend le soufre, l'acide phénique, etc., l'auteur ajoute la térébenthine à l'intérieur, donnée à des doses qui vont de cinq à soixante-quinze grains. Il préfère l'administrer dans une émulsion d'acacia, mais admet aussi les granules. En donnant concurremment de l'eau d'orge, l'urine qui sent la violette, du reste, diminue bien un peu, mais sans qu'il se produise de dysurie. Si on a vu l'urine devenir sanguinolente et albumineuse, c'est que des doses trop fortes étaient données d'emblée, que l'eau d'orge avait été négligée; donnée le soir, elle fatiguerait plus que le matin, parce que, durant la nuit, l'urine térébenthinée séjourne la vessie. Elle est contre-indiquée chez l'enfant au-dessous de cinq ans et chez les gens dont les reins sont suspects ; son mode d'action est une excitation vaso-motrice qui agit sur les capillaires dilatés des taches dermatosiques, plutôt qu'une action spécifique sur la cause de la maladie. Dans le psoriasis invétéré, après une période passagère d'excitation accusée par la démangeaison, les squames se détachent de la surface du derme dont la rougeur s'amende. C'est dans ces psoriasis invétérés (la dermatose de Sante-Illia) que l'auteur se loue de l'usage de la térébenthine, qui lui a rendu aussi des services dans l'eczéma chronique et qui serait en Angleterre regardée comme très utile dans le purpura. *The Practitioner.—Lyon médical.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Obstruction intestinale; vomissements fécaloïdes et diarrhée; guérison par la morphine.—Clinique de M. le professeur Germain Sée, à l'Hôtel-Dieu.—L'observation qui va suivre nous paraît digne d'être publiée. Dans certains côtés, elle est réellement exceptionnelle. Cependant ce n'est pas sa rareté même qui mérite considération, mais l'enseignement qu'elle comporte. Lorsqu'on se trouve en présence de malades qui présentent des phénomènes d'obstruction intestinale, la nécessité d'un diagnostic précis s'impose d'autant plus que l'intervention thérapeutique est dans ces derniers temps devenue de plus en plus active. L'électrisation de l'intestin a donné d'excellents résultats. La laparotomie compte des succès et, grâce aux moyens antiseptiques, le danger de la péritonite étant de plus en plus restreint, il devient nécessaire de déterminer de la façon la plus précise, les indications positives de l'intervention chirurgicale.

A ces divers points de vue, le fait que nous allons rapporter mérite considération. Ce n'est pas tout. Les vomissements fécaloïdes, considérés autrefois comme un signe presque absolu d'occlusion, ont un peu perdu de leur grave signification pronostique. Il peut donc être utile de signaler tous les cas dans lesquels ils se produisent sans que la mort vienne justifier les appréhensions qu'ils provoquent.

La nommée J. E...., âgée de 23 ans, domestique, entre le 24 décembre 1884, dans le service du professeur G. Sée, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 5.

Jamais de maladie antérieure.—Elle a été réglée à partir de 12½ ans. La menstruation était irrégulière. Les règles revenaient seulement tous les 4 ou 5 mois. Elles étaient abondantes et duraient une huitaine de jours. Elles ne s'accompagnaient pas de douleurs dans le ventre ou dans les lombes.—Jamais d'attaques de nerfs. Toutefois la malade est impressionable, et aux époques menstruelles, elle éprouvait assez souvent la sensation d'une boule remontant le long de l'œsophage. Elle ne présente pas d'anesthésie. Dix jours avant son entrée, elle éprouve du malaise général, une sensation de courbature. Elle est *constipée :* Au bout de six jours, les règles surviennent. Elle ressent alors des coliques, des borborygmes, son ventre se gonfle légèrement. Il survient quelques vomissements alimentaires. Jusque-là elle avait continué son travail habituel.—Les jours suivants, les vomissements persistent ainsi que la constipation et le ballonnement du ventre. Le 24, à son *entrée* dans la salle, le facies est légèrement grippé; les extrémités et le nez sont froids. Pas de fièvre; le pouls est rapide, un peu faible, régulier.—L'abdomen est tympanisé. Il paraît à peu près également distendu dans toute son étendue. A la partie moyenne du ventre, on constate la sonorité propre à l'intestin grêle: sur tout le pourtour, la sonorité du côlon.

Cette sonorité est en particulier très nettement appréciable au niveau du *cœcum.* Dans la *fosse iliaque gauche*, au niveau de l'S iliaque, la sono-

rité est moins marquée; il y a presque de la submatité. Nulle part on ne trouve de tumeur abdominale, de tuméfaction, de rénitence, d'empâtement ou de crépitation amidonnée.—Il n'y a pas de *douleur localisée;* rien qu'une sensation de tension pénible.—Par le toucher vaginal, l'utérus est abaissé, mobile. Les culs-de-sacs péri-utérins sont libres. A travers la paroi recto-vaginale, on constate des scybales arrêtées dans le rectum, en petit nombre et espacées.—Le toucher rectal ne fournit pas de renseignements particuliers. Les régions inguinales et crurales, l'ombilic, le triangle de J. L. Petit sont explorés sans qu'on y trouve trace de hernie.

Comme traitement, on ordonne un lavement au sulfate de soude et au séné, et de plus on fait prendre deux verres d'eau de sedlitz. Il ne tarde pas, sous cette influence, à se faire une débâcle abondante. Au début ce sont des matières dures et arrondies qui sont expulsées, plus tard les selles sont liquides.

Le 24.—Etat général meilleur; tympanisme moins prononcé. Les vomissements ne se sont pas reproduits depuis la veille au soir. Les vomissements se montrent de nouveau vers 5 ou 6 heures du soir. Ils sont, comme au début, verdâtres, porracés.

26.—Le tympanisme abdominal est aussi prononcé qu'au moment de l'entrée. Le facies est grippé; les extrémités refroidies.—Crampes dans les jambes —Pouls petit, de 112 à 113.—Les matières vomies sont jaunâtres, d'odeur à la fois acide et fade. Elles sont constituées par un liquide séreux dans lequel nagent des grumaux jaunâtres d'aspect absolument fécaloïdes. Ces grumaux sont du reste de même couleur et de même aspect que les matières fécales rendues par la malade.—En effet, il y eut pendant la nuit deux selles liquides jaunâtres, peu abondantes. Les vomissements persistent pendant la journée, mais moins abondants. Le soir, de nouveau une selle jaunâtre semblable aux matières vomies. Traitement: injection hypodermique de deux centigr. de chlorhydr. de morphine.

27.—Amélioration très grande.—Pas de vomissements. La malade a dormi. Il survient quelques régurgitations fécaloïdes dans le courant de la journée. Comme la malade n'a pas eu de selle depuis la veille au soir, on lui donne un lavement de glycérine, en même temps qu'on lui fait une nouvelle injection de morphine.

28.—Pas de nouveaux vomissements: une selle diarrhéique jaunâtre: quelques crampes dans les jambes.—Gargouillements abdominaux.—Le ventre est moins tympanisé. P. 120.

29.—Pas de vomissements.—Diarrhée abondante. La malade dit avoir eu 20 ou 25 selles. Les extrémités sont refroidies.—Le tympanisme a diminué. - On continue à faire des piqûres de morphine matin et soir. A partir de ce moment, l'amélioration s'accentue de plus en plus. Les vomissements ne reparaissent pas, la diarrhée disparaît. Le tympanisme abdominal est de moins en moins marqué. La malade mange avec appétit. Elle sort le 6 janvier, se considérant comme complètement guérie. Le ventre encore légèrement tympanisé n'est pas douloureux. Les fonctions intestinales sont régulières. Nulle part dans l'abdomen on ne constate d'empâtement ni de tumeur.

Réflexions.—Ainsi donc, *en résumé*, une jeune femme de 23 ans, qui ne présente rien de bien particulier dans ses antécédents, est prise de vomissements au bout de cinq ou six jours de constipation absolue,

sans *émission de gaz* par l'anus. Les vomissements, d'abord alimentaires, deviennent verdâtres, porracés. Des purgatifs administrés par en haut et par en bas provoquent une abondante débâcle par laquelle sont expulsées des scybales qui, sans doute, avaient été l'obstacle premier et l'occasion, sinon la cause première, des accidents d'obstruction. L'absence de fièvre, l'absence de douleur abdominale, permet d'éliminer la péritonite aiguë ou chronique. On ne trouve pas trace de tumeur abdominale, et du reste l'expulsion des matières fécales indurées accumulées dans le rectum et l'S iliaque est significative; il s'agissait d'une obstruction intestinale

Tout d'abord, la débâcle intestinale est suivie d'une amélioration marquée. L'état général est meilleur, le ballonnement de l'abdomen diminue. Mais ce répit est de courte durée, et de nouveaux vomissements ne tardent pas à se montrer, qui présentent à peu près tous les caractères des vomissements fécaloïdes. Leur odeur aigrelette n'est pas, il est vrai, d'une origine incontestable, mais leur couleur est absolument la même que celle des matières diarrhéiques. Chose remarquable, il y a, en effet, *en même temps*, de la diarrhée et des vomissements fécaloïdes.

Les selles liquides, répétées, ne permettaient pas de penser à l'existence d'un obstacle complet au cours des matières et, d'autre part, la persistance des vomissements fécaloïdes paraissait en contradiction complète avec la disparition de la constipation. A ce moment, on a l'idée de pratiquer des injections sous-cutanées de morphine, et l'amélioration est immédiate. La guérison a lieu en deux ou trois jours. Le succès de cette médication, peu propre d'habitude à combattre les accidents d'obstruction intestinale, nous paraît donner une véritable sanction à l'idée théorique qui avait amené à penser à l'emploi de la morphine.

Dans une thèse qui date de 1881, M. Leduc a signalé la possibilité des vomissements fécaloïdes dans le cours de la péritonite. C'est chose fort intéressante et d'une haute portée au point de vue du diagnostic. D'autre part, on sait que, chez les femmes surtout, le péritonisme peut simuler la péritonite : tympanisme, vomissements, constipation, rien n'y manque que la fièvre. Habituellement, le péritonisme se montre à la suite d'une lésion restreinte localisée du péritoine; la réaction des plexus abdominaux est hors de proportion avec l'irritation première.

Ne peut-il donc en être de même quand il s'agit de l'intestin; lorsque l'irritation première, au lieu de siéger à la face externe dans le péritoine, se trouve dans sa cavité, au contact de la muqueuse? On pourrait ainsi expliquer, par une sorte de *péristaltisme exagéré* de l'intestin, la coïncidence des vomissements fécaloïdes et de la diarrhée.

Les vomissements fécaloïdes ont été observés dans l'obstruction intestinale simple, par contraction spasmodique de l'intestin (voir thèse de Thibierge, 1884). Le professeur Jaccoud les a signalés chez une hystérique. Le plus souvent dans l'obstruction simple, exempte de lésions de la paroi intestinale, d'étranglement intra ou extra abdominal, il existe de la constipation. Les matières indurées font obstacle au cheminement du contenu de l'intestin : cela s'observe surtout dans l'obstruction du cœcum et de l'S iliaque. Une fois l'obstacle levé, les matières reprennent leur cours normal. Parfois, cependant, les vomissements persistent. Il semble qu'il existe alors une paralysie ou un

spasme qui immobilise l'intestin et qui fait que la désobstruction reste partielle. L'observation que nous avons donnée plus haut nous paraît démontrer qu'il peut y avoir une contraction de l'intestin si énergique, si désordonnée à la suite d'une obstruction de ce genre, que les matières sont chassées par les deux bouts de l'intestin et qu'elles apparaissent au dehors à la fois sous forme de vomissements fécaloïdes et de diarrhée. L'indication est alors non pas d'exciter l'intestin, mais de le calmer; non pas de l'amener à se contracter, mais au contraire de l'immobiliser. C'est ainsi que nous expliquons le succès que nous ont donné les injections de morphine.

Nous nous réjouissons d'autant plus de ce succès que nous avons employé la morphine, non pas au hasard et en désepoir de cause, mais après mûre réflexion d'après une indication précise, impérieuse.—*Progrès médical.*

Du lavage de l'estomac dans l'occlusion intestinale aigue.—On a récemment recommandé et pratiqué avec succès un nouveau moyen d'apporter un soulagement rapide aux angoisses et aux déplorables symptômes liés à l'occlusion intestinale aiguë. Ce moyen peut être assez communément mis en pratique sans grandes conséquences ultérieures pour les opérations plus graves auxquelles peuvent donner lieu l'occlusion, l'obstruction, l'invagination ou l'étranglement intestinal. Ce moyen, qui a pour parallèles les grands lavements, a été pour la première fois suggéré par Kussmaul. Celui-ci, *a priori*, admit que des lavages abondants et répétés de l'estomac pourraient se montrer efficaces ou utiles, et déjà quelques cas ont été publiés dans lesquels des succès marqués est résulté de la mise en pratique de ce moyen simple.

Dans un cas, après huit jours d'obstruction complète, et dans un second cas après neuf jours pendant lesquels les vomissements fécaloïdes s'étaient répétés à différentes reprises, les lavages abondants de l'estomac et l'évacuation par conséquent de quantités notables de matières liquides fécaloïdes venues de l'estomac et du bout de l'intestin grêle amenèrent un soulagement complet de tous ces symptômes, et la guérison. Bien que Cahn. (*Berl. Klin, Wochens.*, 1884, nº 42) compare la manière d'agir du lavage à celle de la laparotomie pratiquée au-dessus du point obstrué, il nous semble que le parallèle est plus exact avec l'action des grands lavements. En tous cas il est certain que l'évacuation de l'anse intestinale distendue favorise ou fait naître les conditions requises pour la réduction spontanée de l'anse intestinale herniée ou tordue. Quoi qu'il en soit, le premier avantage de cette manière d'agir résulte du soulagement qu'on apporte au malade en diminuant le tympanisme, et de la facilité que cette diminution procure au médecin pour l'établissement du diagnostic.

Ce moyen du reste ne s'applique pas à tous les cas d'obstruction ou d'étranglement. C'est une pratique de la première heure, comme les lavements, l'électricité, le massage, les purgatifs doux, les manœuvres de la position, etc. Le médecin aura toujours pour chaque malade à juger de son opportunité en se fondant sur les considérations les plus variées dont l'étude sagace est le propre de l'intervention médicale intelligente, mais la simplicité de la mise en pratique, la certitude d'apporter au malade un soulagement presque immédiat, quoique temporaire, et dans quelques cas la possibilité d'en obtenir la guérison radicale,

plaident en faveur de l'adoption de ce moyen avant de procéder à des mesures plus sérieuses.—*Lancet.*

De la luxation du rein, (rein flottant, rein mobile).—" Cherchez et vous trouverez ", devrait être la devise du clinicien ; car, en clinique, on ne trouve guère que ce qu'on sait chercher. Ce qui ne veut pas dire qu'on doive trouver toujours ce qu'on cherche. Cette réflexion m'est suggérée par le désaccord entre les médecins qui considèrent le rein flottant comme une rareté anatomique et clinique, et ceuxqui, toute proportion gardée, ne le croient pas si exceptionnel.

Depuis que Rayer a attiré l'attention sur la mobilité anormale du rein échappé, par suite d'une sorte de luxation, hors de sa gaine cellulo-adipeuse, on a souvent étudié à l'autopsie, et du vivant des malades, l'ectopie de cet organe. Or, tandis que Ebstein l'a rencontrée une fois sur 1,732 sujets, Oppolzer l'a trouvée une fois sur 250.

Si le désaccord est manifeste en ce qui concerne la fréquence du rein mobile, il n'est pas moindre touchant ses conséquences et ses causes. Les uns, en effet, ont considéré la mobilité du rein comme une anomalie sans importance, incapable de causer à elle seule le moindre trouble de la santé ; d'autres se sont étendus complaisamment sur les désordres variés qui en peuvent résulter.

Peut-être la vérité en ce sujet, comme en tant d'autres, est-elle entre les deux extrêmes. Pour ce qui est de moi, je n'ai pas la pensée de traiter à fond la question, et je me contenterai de quelques réflexions qui m'ont été inspirées par l'observation clinique de plusieurs cas de rein flottant, et par la lecture de certains travaux récents parus en France et à l'étranger.

I.—Pour reconnaître l'existence d'un rein mobile, il faut songer, disais-je tout à l'heure, à le rechercher ; il faut aussi *savoir* faire cette recherche. Si, en effet, on n'enregistrait que les cas où la mobilité du rein s'impose à l'attention du médecin, c'est-à-dire ceux où les malades signalent spontanément l'existence d'une grosseur qu'ils sentent se déplacer dans leur ventre, on en méconnaîtrait beaucoup qui ne se révèlent que par divers troubles, notamment par certaines douleurs qu'on est plutôt disposé à attribuer à des lésions d'autres organes.

Pour chercher l'existence d'un rein mobile, le malade étant dans le décubitus dorsal et sa paroi abdominale dans le relâchement, les cuisses fléchies, on se livrera à une palpation méthodique de l'abdomen, écartant d'abord autant que possible les circonvolutions intestinales, avec les deux mains disposées à plat, et se renvoyant en quelque sorte les autres viscères qu'elles circonscrivent. C'est naturellement dans l'hypochondre droit que l'on commencera cette recherche, en descendant progressivement vers la crête iliaque du même côté puisqu'on sait que la luxation affecte dans la grande majorité des cas, au moins 4 fois sur 5, le rein droit, et cela pour des raisons qui ont paru longtemps obscures et sur lesquelles la lumière semble faite, comme je le montrerai tout à l'heure.

La palpation, pratiquée de la manière que j'ai dite, fera reconnaître une tumeur lisse, semblant d'ordinaire à peu près arrondie, quelquefois assez fixe, mais plus souvent fuyant sous la pression et devenant insaisissable pendant quelque temps, pour réapparaître peu après. Quelquefois cette tumeur est si superficielle qu'on peut la contourner en partie

et reconnaître sa forme de gros haricot ; mais le plus souvent il ne faut pas s'attendre à percevoir une sensation à beaucoup près aussi nette.

La percussion pratiquée sur la région abdominale antérieure, au niveau de la tumeur suspecte, sera d'un faible secours ; car les anses intestinales viennent à chaque instant interposer leur son tympanique entre les doigts qui percutent et la matité que devrait donner le rein déplacé.

Mais on a pour le diagnostic une importante ressource dans l'examen de la région lombaire du malade placé debout ou dans la position dite genu-pectorale. Quand le rein a quitté sa loge, il est ordinaire de constater à la simple inspection un affaissement, une dépression de la région lombaire correspondante, rendus plus manifestes par la comparaison avec la région homologue. La palpation, en exagérant cette dépression, et la percussion, en révélant une sonorité relative dans cette zone qui donne normalement une matité absolue, permettront d'affirmer que le rein a quitté sa loge.

Un dernier mode d'exploration consiste à placer une main sur la région lombaire, l'autre sur l'abdomen dans la région où on a soupçonné la présence du rein luxé : une pression exercée de bas en haut et en arrière par la main placée sur la paroi abdominale antérieure, pourra, dans quelques cas, obliger le rein à réintégrer passagèrement sa loge, et l'autre main percevra cette réintégration. D'ailleurs le déplacement ne tardera guère à se reproduire.

II.—Si, dans certains cas, le rein peut être luxé sans qu'il en résulte de souffrances spéciales pour les personnes qui présentent cette anomalie, il en est d'autres où des douleurs spontanées paraissent à l'occasion de la marche, du saut ou de tout autre mouvement brusque.

Ce sont parfois des douleurs ayant le caractère de coliques, provoquant la nausée et même le vomissement. Ce peuvent être encore des sensations singulières de corps étranger qui se déplace ou d'organes " qui se *décrochent* ", comme disent les malades. Il en peut résulter chez les hypochondriaques des conceptions psychiques erronées qui leur font croire à la présence de quelque hôte vivant dans leur ventre. C'est, par-dessus tout, chez les sujets très nerveux, un agacement, une irritabilité périodiquement ramenés par les sensations pénibles, inattendues et inexplicables qu'ils éprouvent. Il est juste de dire que, le rein mobile étant particulièrement l'apanage des femmes et de quelques dyspeptiques, les troubles nerveux qui l'accompagnent peuvent n'être pas sous sa dépendance directe.

Un fait qui a été signalé pour la première fois par Becquet, est l'influence des congestions cataméniales sur le déplacement du rein. Chez beaucoup de femmes dont le rein est luxé, cet organe devient, à chaque époque menstruelle, le siège de vives douleurs. Becquet a pensé que les reins, s'associant à la congestion ovarienne, deviennent alors plus lourds et plus volumineux ; ils se trouvent ainsi chassés de leur loge cellulo-adipeuse et descendent peu à peu pour occuper une position de plus en plus déclive. Que cette explication soit ou non la bonne, le fait clinique est indiscutable. Les douleurs sont alors plus vives au point de simuler la péritonite.

D'ailleurs, il peut même arriver que quelque poussée péritonitique réelle éclate à ce moment, car beaucoup de femmes atteintes de rein

flottant ont aussi de l'ovarite. Le rein mobile peut se trouver englobé et fixé dans sa position la plus déclive par les exsudats inflammatoires de la péritonite périovarienne. J'ai vu un beau cas de ce genre dans lequel le rein ne retrouva sa mobilité qu'après trois mois de cet emprisonnement, comparable à celui d'un navire arrêté dans les banquises du pôle.

Parmi les conséquences exceptionnelles de la luxation du rein, on a signalé un cas d'ictère par compression du canal cholédoque [Brochin], l'anurie par compression des uretères [Béhier, Labadie-Lagrave], et l'œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave inférieure [Girard].

III—L'étiologie du rein flottant a été longtemps vague et banale. Outre la prédisposition causée par une laxité spéciale de l'atmosphère celluloadipeuse péri-rénale chez certains sujets, on invoquait, je l'ai dit, l'influence des congestions cataméniales, puis la distension de l'abdomen par des grossesses répétées, l'abus du corset, l'existence de chocs traumatiques sur la région lombaire. Mais que d'objections à faire à ces diverses causes ! Combien de femmes ont de violentes congestions ovariennes qui n'ont pas de rein flottant ! Celui-ci a été vu chez des femmes qui n'ont pas eu de grossesse, chez des paysannes qui n'avaient jamais porté de corset, chez d'autres qui n'avaient jamais subi le moindre traumatisme.

L'histoire du rein flottant est entrée dans une nouvelle phase avec les observations de Bartels [de Kiel] et de M. le professeur Bouchard. Tous deux ont été frappés des particularités suivantes : le rein mobile siège presque toujours à droite, il existe presque constamment chez des femmes ou chez des militaires, c'est-à-dire chez des personnes dont le thorax subit à la base une constriction habituelle. Ce n'est pas toujours le corset pour la femme ; Bartels a surtout rencontré le rein flottant chez des femmes de la campagne, qui ignoraient l'usage du corset, mais qui retenaient leurs jupes au moyen de liens si serrés, qu'à l'autopsie de plusieurs, le médecin de Kiel trouva à la surface des organes intra-abdominaux un sillon imprimé par le lien constricteur.

Cette constriction s'exerce en arrière entre la deuxième et la troisième vertèbre dorsale, c'est-à-dire sur la partie moyenne du rein droit ; elle n'atteint pas le rein gauche, situé à un niveau plus élevé. Le rein droit refoulé ne peut s'échapper qu'en bas, en avant et en dedans. Bartels est même disposé à innocenter, dans une certaine mesure, le corset, ou du moins à le regarder comme moins nuisible que les liens étroits, parce qu'il comprime uniformement une surface étendue.

Quant aux militaires, surtout à ceux qui sont gradés et font, comme on dit, fine taille, chez eux, le ceinturon réalise pleinement la constriction la plus nuisible. Aux militaires, il convient de joindre les hommes qui, pour maintenir leur pantalon, remplacent les bretelles par une ceinture étroite et très serrée, habitude malheureusement chère à beaucoup de lycéens.

Bartels et M. Bouchard sont d'accord sur la réalité de ces faits ; ils ont reconnu aussi ce fait nouveau, confirmé aussi par Hiller, que le rein flottant est très fréquemment associé à une dilatation de l'estomac. Mais ces observateurs diffèrent d'opinion au sujet des rapports de causalité qu'il convient d'admettre entre la luxation du rein et la dilatation de l'estomac. Lequel de ces deux faits tient l'autre sous sa dépendance.

Le déplacement du rein, dit Bartels, est primitif. Le rein luxé vient peser sur la première portion du duodénum, empêche, par conséquent, les aliments de franchir facilement le pylore, les oblige à stagner dans l'estomac qui se dilate progressivement. Cette opinion n'explique guère pourquoi c'est plutôt le rein droit que le rein gauche qui se trouve habituellement luxé.

Au contraire, l'explication proposée par M. Bouchard semble donner de cette particularité une raison plausible. D'après M. Bouchard, la dilatation de l'estomac est primitive. Or, il est dans la nature de cette affection, pour des causes qu'il serait trop long d'énumérer ici, de déterminer fréquemment la congestion du foie. Cet organe, augmenté de volume, vient presser sur le rein, surtout lorsque la présence du corset, du ceinturon ou de tout autre lien constricteur de la base du thorax, l'empêche de se développer en avant et en bas. Pour peu que cette congestion du foie se reproduise 15 ou 20 fois par an, il est facile de comprendre que le r in sera bientôt chassé de sa loge.

IV—.Que faire pour combattre les inconvénients du rein mobile?—En premier lieu, il faut proscrire autant que possible les liens constricteurs permanents et étroits à la base du thorax.

Si on admet l'étiologie proposée par M. Bouchard, on préviendrait la luxation du rein en prévenant la dilatation de l'estomac par une hygiène alimentaire convenable. Si la dilatation de l'estomac est déjà réalisée, on s'efforcera de l'amoindrir par l'établissement d'un régime diététique convenable ; on combattra les congestions du foie par l'emploi des purgatifs, des cholagogues et des révulsifs.

Enfin, quand la mobilité est complète, on pourra réussir à atténuer dans une certaine mesure les sensations douloureuses et les phénomènes de compression accidentelle, en faisant porter une ceinture abdominale en tissu élastique, munie ou non d'une pelote concave en forme de croissant, qui s'adapte autant que possible à l'organe déplacé et le refoule de bas en haut vers sa situation primitive.

Il sera, d'ailleurs, prudent de conseiller aux femmes atteintes de rein flottant de redoubler de précautions au moment de leurs règles, en s'abstenant absolument de corset à cette époque, ainsi que de tout mouvement violent qui accroîtrait en même temps la congestion et la douleur.

Je ne signalerai que pour mémoire, comme suprême ressource en cas d'accidents rebelles empoisonnant l'existence des malades, la néphrectomie, qui a été pratiquée en Allemagne plusieurs fois par Martin (de Hambourg) et Langenbuch, et une fois en France, je crois, par M. Tessier. Encore s'expose-t-on à tomber sur un individu n'ayant qu'un seul rein, ou dont l'autre serait malade, l'insuffisance rénale alors mettrait en trois ou quatre jours le patient à l'abri des misères de ce monde.—PAUL GERNE, in *Concours médical.*

L'antipyrine dans la fièvre de consomption des phthisiques, par J. HOLLAND.—Cette étude est faite à la station de Saint-Moritz sur les tabescents venus de diverses nations se livrer à l'action du climat alpestre. Ce climat ne fait pas cesser la fièvre, puisque le docteur Holland le combat très énergiquement. La quinine, divers produits sali-

cylés, la digitale, l'aconit, la karine, la teinture de Narbourg sont administrés, et même sous la forme effervescente de la pharmacopée anglaise ne donnent que peu d'espoir. C'est alors qu'on eut recours à l'antipyrine de 15 à 20 grains dans une dose qui est répétée après trois heures, plusieurs fois dans le jour, et cette substance, qui abaisse toujours la température, donne de très beaux résultats au Dr. Holland.—*Practitionner.*

De la leucocytose et de la leucémie.—Le docteur Lowit a fait, dans la séance du 17 avril à la Société de médecine de Prague, une intéressante communication sur ce sujet. L'auteur pose d'abord cette question : De quelle manière se multiplient les globules blancs du sang dans les circonstances ordinaires? Peut-on expliquer la leucémie et la leucocytose par une exagération de cette multiplication? L'auteur a fait une série de recherches sur la formation et la multiplication des leucocytes. Il est arrivé à cette conclusion que ni eux, ni leurs éléments constitutifs ne se reproduisent par kargomitose, comme le veut Flemming, ou par division directe; il lui paraît, au contraire, que la multiplication a lieu par granulation ou bourgeonnement. Dès 1879, cette opinion avait été émise par Flemming, qui avait fait voir que les mouvements des rhizopodes et des autres protozoaires en voie de division ressemblent beaucoup à ceux des leucoplastes des animaux organisés dans les mêmes conditions.

Outre ces cellules, on trouve, dans les organes qui les précèdent, une autre variété qui en diffère par un noyau de structure différente, un contenu protoplasme différent et un autre mode de division. L'auteur les appelle érythroplastes, parce qu'elles servent, selon lui, à la formation des globules rouges.

L'auteur a étudié également les formes de globules blancs que l'on trouve dans le sang circulant et il les divise en muliaires absolument analogues aux leucoplastes des auteurs, et en multimuliaires. Ces derniers lui paraissent représenter une forme dégénérée, parce qu'ils ne sont nullement destinés à produire un nouveau noyau ou une nouvelle cellule. Ces leucocytes à noyaux multiples sont de beaucoup les plus nombreux dans le sang; sous ce rapport, l'auteur est disposé à se rallier à l'opinion de Schmidt, d'après laquelle les globules blancs seraient détruits par suite de l'influence dissolvante du plasma sanguin et remplacés par des nouveaux produits par leurs organes générateurs. Il y aurait dans la leucocytose une augmentation primitive de ces organes. La proportion de ces globules blancs à un et à plusieurs noyaux ne subit aucune altération essentielle. Dans quatre cas de leucémie, il vit des choses toutes différentes: le sang ne renfermait presque pas de globules blancs en voie de bourgeonnement ou de division. Au contraire, les organes générateurs des leucocytes semblaient de beaucoup plus nombreux que dans les circonstances ordinaires.—*Wiener med. Woch.*—*Abeille médicale.*

Du carbonate d'ammoniaque dans le traitement de l'hémorrhagie, de la thrombose et de l'embolie cérébrales.—Dans une communication faite sur ce sujet, à l'*Association médicale de l'Etat de New-York*, le Dr R. C. Van Wyck, pose les conclusions suivantes:

1o. Le carbonate d'ammoniaque est un stimulant diffusible de la circulation générale; il combat l'anémie cérébrale, active la circula-

tion cutanée et provoque la diaphorèse ; c'est ainsi qu'il diminue la pression intra-cranienne.

2o. Il agit directement en favorisant la dissolution des caillots. Les seuls agents qui soient doués de cette propriété sont les alcalis, et le plus efficace d'eux tous est l'ammoniaque.

3o. Dans l'œdème et la congestion pulmonaires, si fréquents dans les cas d'apoplexie, l'emploi de ce sel produit souvent de bons effets, tant par son action stimulante sur les dernières ramifications des capillaires que par son action expectorante sur la muqueuse bronchique.

4o. Ce sel entretient l'alcalinité du sang et prévient la thrombose ultérieure.

L'auteur ne vante pas le carbonate à l'égal d'un spécifique, mais seulement comme un adjuvant des autres médicaments employés dans ces cas. Etant donné un cas d'hémorrhagie cérébrale, voici, suivant le Dr Van Wyck, quelle serait la marche à suivre :

1o. Avoir promptement recours à la vénésection et aux cathartiques aussitôt que se montrent les symptômes prodromiques d'une attaque d'apoplexie.

2o. Après que la paralysie est établie, combattre la réaction consécutive au moyen des sédatifs artériels et surtout par l'aconit.

3. Usage libéral du carbonate d'ammoniaque pour faire disparaître les produits épanchés et les débris du caillot, qui ont subi la dégénérescence rétrograde, ainsi que pour combattre l'anémie cérébrale et la congestion pulmonaire et prévenir la thrombose.

4. Supporter le système en général au moyen d'une diète nutritive mais non stimulante, et par l'emploi de médicaments agissant comme toniques reconstituants sur le tissu cérébral : le sirop de lactophosphate de chaux, l'huile de foie de morue, et le phosphure de zinc.

5. Augmenter le développement des muscles au moyen du massage, des frictions, de l'électricité et de la strychnine.

Le carbonate d'ammoniaque ne doit jamais, dans l'hémorrhagie cérébrale, être administré avant que la période de réaction se soit franchement établie, c'est-à-dire, pas avant dix ou quinze jours. On doit alors le donner d'une façon continue pendant au moins un mois ou même davantage, c'est-à-dire tant que se font les dégénérescences rétrogrades du caillot.

Si, dans la thrombose et l'embolie, le diagnostic peut se faire clairement, le médicament doit être donné tout de suite.

La dose employée a été de cinq grains trois fois par jour, dans une demi drachme d'acétate d'ammoniaque liquide.

Il est cependant une variété de cas dans lesquels le carbonate d'ammoniaque n'a pas réussi entre les mains de l'auteur. Ce sont ceux où l'hémorrhagie cérébrale s'est associée à la néphrite et à l'hépatite interstitielles. Alors le Dr Van Wyck a obtenu de bons résultats par l'emploi du phosphate de soude (vingt à trente grains trois fois par jour, après les repas, dans une infusion de pissenlit) et de petites doses de sublimé ($\frac{1}{24}$ grain 3 fois par jour, avant chaque repas.) Quelquefois il combine le phosphate de soude à la digitale ou à la scille.—*Gaillard's Medical Journal.*

Traitement de la vieillesse.—Le professeur Horatio Wood, dans une leçon professée au *Philadelphia Hospital,* rappelle à ses élèves que

souvent les personnes âgées viennent consulter pour savoir ce qu'elles ont à faire pour prolonger leur existence A cet égard il y a trois points plus spéciaux à considérer : 1° ces personnes doivent se mettre soigneusement à l'abri d'une foule d'imprudences qui trop souvent causent la mort de gens que l'on dit être décédés de vieillesse. Un manque de prudence qui est sans importance pour un homme jeune devient une cause de grand danger pour un vieillard. Ces personnes doivent se garder de s'exposer aux changements de température, à l'humidité ; elles doivent éviter tous les ébranlements du système nerveux ; il leur faut passer un grand nombre d'heures au lit, etc. ; 2° relativement au régime, les aliments doivent être légers mais nutritifs ; toute nourriture excitante doit être écartée ; l'usage de la viande sera modéré. On recommandera à la personne de faire usage de préférence des aliments qu'elle consommait dans sa vie ordinaire. Un homme qui a commencé à prendre du lait doit, dans les dernières années de sa vie, faire usage de cet aliment ; 3° pour ce qui est des médicaments, il y en a deux qui sont très importants pour les personnes âgées, à savoir l'alcool et l'opium. Si votre malade, approchant de quatre-vingts ans, peut absorber une certaine quantité d'opium, vous prolongerez dans la majorité des cas sa vie de plusieurs mois et même de plusieurs années. L'opium doit être employé avec beaucoup de soin, de telle sorte que le malade ne puisse pas rapidement en augmenter la dose, et comme il n'a pas toujours ses facultés, il est essentiel que le médicament soit administré par une autre personne. Quant à l'alcool, chaque malade doit en boire trois ou quatre fois par jour au moment des repas ; la forme sous laquelle on administre l'alcool importe peu, eau-de-vie, whiskey ou vins ; ces derniers sont plus agréables au palais : en tout il faut consulter les goûts des malades.—*Med. and Surg. Reporter.*

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Carcinome du testicule gauche ; diagnostic différentiel des tumeurs du testicule gauche.—Clinique de M. TILLAUX à l'Hôtel-Dieu.—Après avoir pratiqué la ténotomie du tendon d'Achille pour redresser un pied bot varus équin.je ferai une opération plus grave sur un homme âgé de quarante ans, atteint d'une tumeur du testicule gauche et couché au n° 15 de la salle Saint-Côme. Voici d'abord l'histoire de ce malade :

Antécédents.—Son père est mort d'une maladie aiguë, sa mère d'une maladie du cœur. Personne, dit-il, dans sa famille, n'a été atteint d'affection cancéreuse ; lui-même n'a jamais été malade. Cependant il a eu les fièvres intermittentes au Mexique pendant la campagne de 1866, mais elles ne durèrent que dix jours. A l'âge de vingt ans, il contracta la syphilis et se traita incomplètement. Il y a trois ans seulement, il s'aperçut qu'il portait une varicocèle gauche et fit alors usage d'un suspensoir.

Il y a treize mois, après une journée de travail très pénible (il exerce la profession de serrurier), le malade éprouva de vives douleurs dans les flancs. Pendant la nuit, les douleurs descendirent dans le testicule

gauche, et le lendemain la glande avait augmenté de volume. Il continua néanmoins à travailler et le testicule garda les mêmes dimensions.

Il y a neuf mois, à la suite de nouvelles fatigues, les douleurs devinrent encore plus vives et le testicule grossit rapidement. Le malade consulta un médecin qui lui fit prendre de l'iodure de potassium à dose qui paraît avoir été assez élevée.

Depuis trois mois, la tumeur est restée stationnaire, mais le travail étant devenu impossible, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

Etat actuel.—Le scrotum du côté gauche est notablement augmenté de volume; ses dimensions sont celles d'une tête de fœtus à terme et sa forme celle d'un œuf à grosse extrémité dirigée en bas. La peau est normale, glisse facilement sur la tumeur et n'adhère en aucun point de sa face profonde. La surface de la tumeur est en apparence lisse et régulière, mais elle offre en arrière des bosselures très manifestes.

La tumeur est de consistance dure, elle ne présente pas la moindre rénitence, sauf en avant, dans l'étendue d'une pièce de 5 francs où elle est molle.

Elle n'est pas transparente.

Le cordon correspondant est plus volumineux que celui du côté opposé; toutefois le canal déférent présente son volume normal.

Au-dessus du canal inguinal existe un petit noyau induré, mais il ne m'est pas démontré que ce soit un ganglion, le malade ayant été atteint de varicocèle. Les ganglions iliaques et lombaires paraissent sains.

Depuis qu'il est au repos, le malade n'éprouve plus de douleurs spontanées, mais seulement une grande pesanteur. S'il marche sans suspensoir, il ressent des douleurs abdominales et lombaires.

La santé générale est bonne; les fonctions génitales sont intactes. Quoique un peu pâle, cet homme ne présente pas de teinte cachectique. Les viscères thoraciques et abdominaux sont en bon état.

Diagnostic.—Je vais suivre, pour établir le diagnostic, en me basant sur les signes et symptômes qui précèdent, la méthode que je vous conseille d'employer chaque fois que vous serez en présence d'une tumeur du scrotum.

L'affection étant essentiellement chronique puisqu'elle date de treize mois, nous pouvons éliminer d'emblée les tumeurs à marche aiguë, c'est-à-dire les diverses espèces d'orchite.

La tumeur est dure, très dure même dans sa presque totalité, et de plus elle n'est pas transparente: éliminons donc aussi les tumeurs liquides, c'est-à-dire l'hydrocèle et l'hématocèle.

Un mot cependant sur cette dernière maladie.

L'un de vous a porté au lit du malade le diagnostic d'hématocèle; je désire lui démontrer qu'il s'est trompé. J'avoue que, dans certains cas, le diagnostic est difficile: lorsque la tumeur du scrotum est lisse, rénitente, fluctuante même, caractères de l'hématocèle, on peut très bien la confondre avec un produit morbide de consistance molle, comme l'encéphaloïde, par exemple, ayant distendu uniformément la tunique albuginée. La marche de la maladie peut seule alors éclairer le diagnostic : l'hématocèle évolue très lentement, est toujours indolente et succède en général à une hydrocèle. Tout autrement se comportent le sarcome et le carcinome qui marchent vite. Une hématocèle spontanée de la tunique vaginale aurait certainement demandé plusieurs années avant d'en arriver au volume de la tumeur actuelle. Mais, de

plus, rappelez-vous que, dans notre cas particulier, la tumeur est dure, inégale et bosselée; le doute n'est donc pas possible, une hématocèle n'ayant jamais présenté de signes semblables.

Nous sommes par conséquent en présence d'une tumeur solide, de ce que l'on désignait jadis sous le nom générique de sarcocèle (tumeur charnue), avant l'introduction de l'histologie pathologique dans nos études.

Or il existe dans le testicule un assez grand nombre de tumeurs solides, et voici l'ordre que je crois devoir suivre dans le diagnostic éliminatoire :

1° Sont-ce des tubercules ? Non, parce que les tubercules se présentent ordinairement sous la forme de noyaux isolés et indurés, siégeant le plus souvent dans l'épididyme, et parce que nous avons ici une masse unique englobant le testicule et l'épididyme à la fois.

2° Est-ce un testicule syphilitique ? Je ne le crois pas, et cependant le malade a été atteint de syphilis à l'âge de vingt ans, ce qui pourrait le faire supposer. Mais le testicule syphilitique, ce que Virchow a décrit sous le nom d'orchite chronique syphilitique, est caractérisé surtout par la production nouvelle de tissu conjonctif entre les tubes séminifères. Ces productions ont la forme de masses irrégulières, dures, du volume d'un petit pois à celui d'une noisette; elles amènent peu à peu l'atrophie des tubes séminifères et la sclérose du testicule. Ce que je vous ai décrit ne ressemble à rien de cela.

3° Reste un groupe de tumeurs spéciales à cette région, et qui sont: le chondrome, le fibrome, le sarcome, l'épithéliome myxoïde (Malassez), le lymphadémone (Malassez) et le carcinome.

Le diagnostic clinique peut-il être poussé assez loin pour permettre de dire si l'on a affaire à l'une ou à l'autre de ces tumeurs ? Ordinairement non, car le microscope décèle souvent la combinaison des éléments de plusieurs d'entre elles. Seulement nous savons que le sarcome pur, sans formation kystique, est très rare; que le carcinome est au contraire l'une des tumeurs le plus fréquemment observées dans le testicule. La consistance de celle-ci nous autorise en outre à penser qu'elle contient peut-être un peu de cartilage.

Je crois donc à une tumeur solide, probablement mixte, du testicule, mais dont la majeure partie est formée par un carcinome.

Pronostic et traitement.—Cette affection est extrêmement grave, et le seul traitement rationnel consiste dans l'ablation de la tumeur, c'est-à-dire dans la castration que je vais pratiquer devant vous.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques préliminaires, je ferai une incision verticale pour énucléer la tumeur, et je lierai le cordon en deux ou trois parties selon son volume. La plaie sera lavée avec une solution phéniquée forte, elle sera réunie, drainée et recouverte d'un pansement de Lister.

P. S.—L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait bien d'un carcinome, et le malade est sorti guéri du service.—*Gazette des hôpitaux.*

Traitement des bourrelets hémorrhoïdaires par les injections interstitielles d'acide phénique dilué.—On connaît les essais faits en Amérique par M. Andrews (de Chicago), entre autres, pour obtenir le ratatinement des bourrelets hémorrhoïdaires au moyen d'injections interstitielles d'une solution d'acide phénique. Ce procédé de traitement

s'est révélé comme étant très efficace, mais nullement inoffensif. On peut attribuer à l'emploi de solutions phéniquées trop concentrées (Andrews employait une solution contenant parties égales de véhicules et d'acide phénique) les accidents causés par ces injections. M. Von HERMANN, médecin militaire à Mayence, a repris les essais d'Andrews, en se servant d'une solution phéniquée beaucoup moins forte. Il poussait dans chaque bourrelet hémorrhoïdaire cinq gouttes d'une solution phéniquée à 10 p. 100; le bourrelet devenait tout aussitôt d'un blanc bleuâtre et se flétrissait. A la suite d'une seconde injection, le bourrelet s'effaçait complètement en l'espace de sept jours. Les injections pratiquées de la sorte n'ont jamais eu de suites fâcheuses; elles développaient simplement une sensation locale de froid. *Deutsche Medizinal-Zeitung.—Paris médical.*

Gangrène symétrique des doigts.—Le Dr S. GIOVANNI eut l'occasion d'observer un individu qui, après avoir perdu cinq frères et sœurs d'une maladie inconnue, avait lui-même joui d'une santé satisfaisante jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans, époque à laquelle il contracta différentes altérations à la face interne du prépuce; altérations accompagnées d'une augmentation notable de volume des ganglions de l'aine d'abord, puis de ceux du cou. Guéri au bout de trois mois de ses douleurs, il commença à ressentir de violentes douleurs dans les os et eut une éruption constituée par de petites vésicules. Tous ces accidents disparurent avec le temps sans traitement. Comme les douleurs osseuses persistaient, le malade vint à la clinique des maladies vénériennes cutanées; il fut soumis à un traitement par les bains de vapeur et à des frictions mercurielles. Plus tard, ce malade fut atteint de fièvre palustre; il n'en fut guéri qu'au bout de six mois par le sulfate de quinine. Cet accident fut suivi de différents troubles circulatoires; il commença à ressentir entre autres choses une sensation inaccoutumée de froid au niveau des phalangettes de quelques doigts de la main. La sensibilité de la main devint obtuse. Les mêmes altérations furent constatées par le malade du côté des orteils; puis survinrent des douleurs violentes augmentées par la presion; la couleur des téguments correspondants était modifiée; à la pâleur avait succédé une coloration rouge foncé; l'extension et la flexion étaient empêchées; l'épiderme était épaissi et rugueux, au niveau de l'index de la main gauche; il se détachait peu à peu en larges lambeaux. A partir de ce moment la douleur cessa d'être perçue dans ce doigt. La suppuration commença autour de l'ongle de la main droite; le pus se fraya une voie à l'extérieur à travers l'épiderme de la pulpe du doigt. Les artères radiale et crurale étaient dures au toucher; les pulsations sont synchrones aux battements du cœur et aux battements de la région sous-clavière droite. A l'auscultation du cœur, on trouve en même temps un souffle à la base et sur l'aorte. Poitrine carénée. Le professeur Gamberini fit le diagnostic de gangrène symétriqne d'origine réflexe. Traitement symptomatique. Au bout de quelques mois, cicatrisation complète; il ne restait à l'extrémité du doigt qu'un peu de torpeur qui n'empêchait pas le malade d'exercer son métier de tailleur.—*Revue médicale.*

Dans la blennorrhagie avec hématurie, L. RODRIGUEZ recommande: Chloral, 4 parties, eau distillée, 250 parties. M. S. A.—Trois injections par jour.—*El Siglo medico—Les Nouveaux Remèdes.*

Quelques modifications nouvelles au pansement antiseptique. Réunion des plaies par la suture perdue. Pansements siccatifs et absorbants.—(1) Tous les jours, les procédés se perfectionnent, les méthodes se développent et les louables efforts des chirurgiens améliorent le traitement des malades confiés à leurs soins. La suture superficielle et profonde, le drainage bien ménagé des plaies, le pansement de Lister, sont depuis longtemps les agents d'une méthode qui recherche la réunion immédiate ; on sait quels beaux succès ils ont donné. Quelques auteurs ont remarqué qu'un certain nombre de plaies opératoires présentaient des surfaces opposables si régulières qu'elles ne demandaient pour ainsi dire qu'à être exactement maintenues les unes devant les autres, dans un contact exact pour se réunir. Le drain perdait alors de son utilité puisqu'il maintenait un écartement artificiel entre ces surfaces. D'autres aussi ont remarqué que dans nombre de cas, les sutures profondes n'arrivaient pas à affronter parfaitement les plans profonds d'une plaie. Werth, en 1879, imagina de réunir les surfaces nettes des plaies de la profondeur vers la surperficie, à l'aide de sutures perdues au catgut. C'est dans les opérations plastiques et en particulier dans la périnéo-plastie qu'il applique cette méthode qui a pour but d'empêcher toute collection de sécrétion de se former dans la profondeur. Depuis les essais de Werth, Neuber a essayé avec succès d'appliquer la suture perdue aux plaies d'amputation ; Esmarch, aux opérations de bec de lièvre, aux fistules vésico-vaginales, à l'uréthroplastie. Ce dernier auteur a pour principe d'appliquer aux parties profondes une suture très serrée et une plus lâche à la surface extérieure ; il a pu ainsi supprimer les drains dans beaucoup de circonstances. Küster (de Berlin) a appliqué la suture perdue à un grand nombre d'opérations ; sur onze périnéo-plasties, 3 fois il a obtenu la guérison immédiate sans la moindre suppuration, 2 fois il y a eu une suppuration minime. Il l'applique à la suture abdominale après les laparotomies. Dans ces derniers temps, dans les opérations de kélotomie ou de cure radicale des hernies, il applique plusieurs rangées successives de suture perdue ; il agit de même dans le pansement d'une assez grande quantité de plaies diverses plus ou moins profondes. Quand les parties molles se rapprochent facilement, il se contente de catgut fin ; mais, si elles présentent de la tension et de la résistance, il applique plusieurs étages de suture profonde à la soie phéniquée, réservant le catgut pour la suture superficielle.

Enfin quand la suture de la peau est parfaitement régulière, il applique dessus une bonne couche de collodion iodoformé. Cette méthode des sutures perdues nous paraît avoir des avantages dans un certain nombre de cas, mais nous croyons qu'il en est et qu'il en sera toujours dans lesquels le drainage bien fait donnera plus de sécurité au patient et au chirurgien.

Une condition, assez difficile à obtenir, favorise la réunion immédiate des plaies : c'est la diminution ou l'absence complète de suintement sanguin ou séreux à la profondeur ou à la surface de la plaie. Il importe donc de ne pratiquer la réunion d'une plaie que lorsque la surface est bien asséchée ; en outre il faut que le pansement ne s'oppose

(1) Küster, Bruns, Mikulicz.—Congrès des chirurgiens allemands, Josselin, Académie des sciences, 7 septembre 1885.

pas à la filtration des produits sécrétés par la plaie et surtout à ceux de la ligne de suture; il faut que ce pansement absorbe ces produits et qu'il les rende aseptiques avant qu'ils ne se dessèchent dans son épaisseur. Plusieurs substances destinées à remplir ces buts très divers ont été mises en usage dans ces derniers temps.

M. le professeur Gosselin a essayé le *bismuth* en poudre ou en suspension dans de l'eau ; il a constaté qu'il ne se faisait point d'écoulement sanguin dans les intervalles des points de suture ni derrière la ligne de réunion ; il n'y avait, de plus, aucune issue ou accumulation de sang le jour de l'opération et les suivants. Il pense que le *bismuth* agit comme hémostatique et qu'il a un pouvoir astringent et coagulant par l'acide nitrique mis en liberté et par l'oxyde de bismuth. On peut donc arroser les plaies avec une solution à 1 p. 50, ou y insuffler une légère couche de poudre, puis on les ferme au moyen de sutures, et on peut se passer de drainage.

La dessiccation parfaite des sécrétions, le pansement sec au moyen de substances capables de les absorber et de les rendre aseptiques, telle est la méthode que Bruns recommande et qu'il emploie avec succès depuis quinze mois à la Clinique de Tubingen. La matière du pansement est le coton de bois sublimé, substance fine, molle, poreuse, très élastique, jouissant d'une grande puissance d'absorption, d'un pouvoir antiseptique considérable grâce au sublimé ; et enfin, ce qui n'est pas à dédaigner, elle coûte très bon marché. On suture les plaies, on les recouvre d'une couche de coton de verre pour les uns, d'une lamelle de gaze iodoformée pour les autres, puis on applique plusieurs couches de coton de bois de plus en plus larges, que l'on fixe au moyen d'une bande de gaze. Tout le pansement est entouré d'une couche de coton hydrophile, salicylé ou phéniqué, et on a le soin de ne point y interposer de gutta-percha, de mackintosh ou autre tissu imperméable afin que la dessiccation puisse bien se faire. Voici quelques exemples des résultats obtenus par Bruns au moyen du pansement sec absorbant. Sur quarante-huit amputations, trente-trois ont guéri sous le premier pansement et dans trente extirpations du sein avec curage de l'aisselle, vingt-cinq fois la guérison a eu lieu par première intention ; enfin, vingt résections du genou sur vingt-deux se sont réunies de la même façon.

Mikulicz (de Cracovie) emploie comme pansement sec de la sciure de bois *sublimée* ou *goudronnée*, c'est un pansement léger, absorbant très bien les sécrétions et se prêtant parfaitement à la forme des parties pour permettre de faire une compression bien égale sur tous les tissus qui doivent se réunir. La sciure de bois préparée est placée dans des sachets aplatis, de diverses grandeurs, et s'applique au-dessus d'une couche de gaze iodoformée. Le pansement à la sciure de bois est d'un bon marché très notable et nous le croyons très recommandable pour la chirurgie de guerre. La sciure de bois peut se trouver chez tous les menuisiers, en l'imprégnant soit d'une solution de sublimé à 2 p. 0/000 ou de 20 p, 0/0 de goudron, on obtient après dessiccation une excellente matière de pansement.—*Concours médical.*

Traitement de la fracture de la clavicule.—La fracture de la clavicule est un accident très sérieux, en ce qu'il est très difficile de maintenir en contact les deux fragments. Tous les appareils variés, inven-

tés dans ce but, cèdent, et la conséquence de cette non-résistance est une saillie au niveau de la fracture, chose qui cependant n'a aucun inconvénient pour le sujet. Pour éviter ce résultat, le docteur TELLER propose de suivre la méthode suivante : porter le bras en arrière du côté de la fracture, et cela aussi loin que possible, de façon que la face dorsale de la main vienne reposer sur la partie latérale opposée de la région lombaire. Pour maintenir le bras dans cette position, il suffit de fixer une bande d'emplâtre adhésif autour du poignet, et de là autour du corps. Le docteur Teller emploie cette méthode depuis bientôt deux ans, et dans les douze cas, dont onze enfants, qu'il a traités ainsi, il a obtenu une réunion rapide sans difformité. Le seul inconvénient est la difficulté, pour le malade, de se coucher sur le dos ; le premier malade chez qui il employa cette méthode, était une petite fille de dix ans ; elle resta jour et nuit assise sur une chaise pendant deux semaines ; mais il trouva, après quelque temps, que les enfants peuvent obtenir un repos parfait en dormant sur le côté sain.—*Courrier médical.*

OBSTETRIQUE ET GYNECOLOGIE.

Eclampsie pendant le travail ; extraction d'un enfant vivant, guérison de la mère, par M. le docteur E. HEBERT (d'Audierne).—Le 19 février 1885, je fus appelé au village de Kerandron, auprès d'une femme en couches.

A mon arrivée. deux heures du matin, je trouvai la nommée Jeanne P..., robuste paysanne, vingt-quatre ans, primipare, atteinte de crises éclamptiques.

D'après les renseignements de la famille, grossesse normale.

Au dire de la sage-femme qui l'assiste, le travail a commencé la veille, vers six heures du soir.

La rupture de la poche des eaux a eu lieu à une heure après minuit, et c'est à ce moment que s'est déclarée la première crise.

La malade a déjà eu six attaques ; elle est complètement inerte. Perte absolue de connaissance ; respiration stertoreuse ; facies vultueux ; langue mordue, épaisse et faisant saillie entre les arcades dentaires.

Au moment de cet examen, nouvelle attaque qui dure dix minutes environ, et dont j'attends la fin.

Je constate ensuite : utérus normalement développé, dilatation complète, présentation du sommet, position O. P. I. D.

Je décide l'application du forceps, et pendant les préparatifs de cette opération, nouvelle attaque qui dure encore dix minutes.

Cette crise terminée, j'applique immédiatement le forceps et j'extrais un enfant mâle, en état de mort apparente. Une légère saignée du cordon a facilement raison de cet accident.

Puis, l'utérus me paraissant suffisament contracté sous la forme d'une boule dure, au-dessus du pubis, et la main droite de la sage-femme laissée à demeure sur le fond de la matrice pour maintenir l'organe revenu sur lui-même, j'extrais le placenta.

A peine la délivrance est-elle terminée et la malade replacée dans son lit, nouvelle crise qui dure quinze minutes, et après laquelle *large inhalation de chloroforme.*

Cinq heures du matin : nouvelle crise ; durée, huit minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Six heures trente minutes : nouvelle crise, durée, quinze minutes ; nouvelle inhalation de chloroforme.

Enfin, depuis cette dernière attaque jusqu'à onze heures du soir (19 février), dix autres crises, de durée variable, mais de plus en plus courtes, grâce aux inhalations de chloroforme.

De cela je puis répondre, n'ayant pas quitté un seul instant la malade.

Enfin, vers minuit elle s'endort, jusqu'au lendemain matin, six heures.

Je revois l'accouchée vers huit heures du matin (20 février). Hébétude complète.

Je réussis à lui faire prendre quelques gorgées d'une infusion de tilleul orangé.

Le sentiment revient peu à peu vers le soir. L'accouchée prend avec plaisir une tasse de bouillon, et s'endort.

Le lendemain (21 février), au réveil, à part une grande lassitude, il ne lui reste que le souvenir de cette redoutable complication. L'allaitement fut commencé trois jours après. Suites de couches normales.

Je n'ai pu examiner les urines que six heures environ après la délivrance ; elles étaient faiblement albumineuses.

Les inhalations de chloroforme, commencées aux premiers signes d'agitation automatique, indice certain de l'approche d'une crise, ont été suspendues pendant toute sa durée et reprises après elle jusqu'à cessation complète de l'agitation et production du sommeil anesthésique.

L'influence heureuse du chloroforme sur la marche et l'issue de ces accidents éclamptiques au terme d'une grossesse me paraît digne d'être signalée.—*Gazette des hôpitaux.*

Vulvo-vaginite.—Tampon astringent. — Soit que les injections astringentes aient échoué, soit qu'on ne veuille pas y avoir recours parce qu'elles prennent du temps et sont gênantes, on peut recourir avec presque certitude de succès au tampon vaginal astringent.

Carré de ouate non glacée, de 5 à 10 centimètres de côté et d'une épaisseur variable, demi-cuillerée à café environ d'alun en poudre, déposée au centre, rabattre les bords pour enfermer l'alun, lier avec un fil au dessous de l'alun, et introduire profondément ce sachet dans le vagin, en laissant dépasser le fil hors de la vulve, retirer après trois ou quatre jours ; injection détersive ; après douze jours au plus, les vaginites syphilitiques ou non, ou tout écoulement par le vagin avec un col intact guérissent à coup sûr.

Le tampon a, sur les injections, l'avantage de tenir écartés les uns des autres les différents points du conduit vaginal ; la poudre imprègne peu à peu la paroi, délayée par ses sécrétions, et les pansements sont rares.

L'alun peut être remplacé par toute autre poudre astringente.

L'effet n'est pas le même lorsqu'on roule le tampon dans la poudre, celle ci se trouvant directement alors en contact avec la muqueuse.— *Form. de thérapeutique.*

Traitement du cancer de l'utérus.—La question du traitement du cancer de l'utérus, qui a été soulevée dernièrement à la Société de chirurgie, est assez complexe, et l'on ne peut dès lors s'étonner qu'elle ait donné lieu à des appréciations très diverses de la part des membres de cette Société dont quelques-uns, et parmi les plus éminents, ont préconisé hautement l'extirpation totale du col ou simplement des opérations partielles. En apportant des observations probantes à l'appui de cette manière de voir, M. SIREDEY admet qu'il est incontestable que, dans certains cas, une opération radicale peut amener une guérison sinon complète dans le sens absolu du mot, au moins assez durable, et permettant une survie assez longue pour la justifier ; et, pour ne citer qu'un fait, il a parmi ses clientes une malade ainsi opérée par M. Verneuil, il y a plus d'une année, d'un cancer du col dont la nature a été vérifiée histologiquement, et chez laquelle on n'observe pas jusqu'ici la moindre menace de récidive.

Toutefois, les faits dans lesquels une intervention chirurgicale de ce genre est utile sont extrêmement rares, et cela pour deux raisons : c'est tout d'abord que, dans la grande majorité des cas, le médecin n'est consulté que lorsque la lésion est déjà beaucoup trop avancée pour qu'une opération radicale puisse être raisonnablement tentée ; c'est ensuite qu'à l'époque où l'intervention serait sûrement utile, le diagnostic est encore très difficile. M. Lucas-Championnière a fait remarquer à ce propos, dans cette discussion, qu'un certain nombre d'ulcérations simples du col avaient été certainement enlevées comme cancéreuses, alors qu'un traitement médical eût pu montrer qu'elles étaient sans gravité. M. Siredey partage absolument cette manière de voir et estime que c'est là un des côtés de la question sur lequel on ne saurait trop insister, car il est impossible de ne pas reconnaître que la vulgarisation de l'opération du cancer du col utérin constituerait un danger réel pour les malades, en ce sens que, dans des mains trop hardies ou même peu scrupuleuses, elle perdrait bien vite son caractère d'opération d'exception, et les occasions de la pratiquer se multiplieraient certainement de la façon la plus regrettable. Il est permis de rappeler, sans froisser aucune susceptibilité honorable, que l'on a vu parfois des opérateurs, d'ailleurs très habiles, extirper un fragment de la luette destiné à jouer le rôle du polype du larynx si souvent diagnostiqué ; n'est-il pas à craindre aussi, le fait s'est déjà vu, que l'extirpation d'un fragment du col ne rentre dans la même catégorie d'opérations utilitaires, avec cette différence toutefois que l'action chirurgicale est ici beaucoup plus dangereuse que dans le premier cas ?

Cette raison ne suffirait évidemment pas pour faire proscrire en principe une opération dont l'utilité serait incontestable ; mais ses avantages sont très discutés et ses indications se présentent si rarement d'une manière formelle qu'il n'y a pas d'intérêt pour les malades à ce qu'elle se généralise, d'autant plus que, dans la grande majorité des cas, des pansements bien faits et des soins hygiéniques bien compris donnent des résultats aussi avantageux sans faire courir au malade les risques d'une intervention opératoire souvent très dangereuse.

Voici d'ailleurs les moyens employés le plus souvent par M. Siredey dans les cas de cancer du col. Les cautérisations avec les caustiques légers tels que la teinture d'iode ou le nitrate d'argent doivent être proscrites, car elles ont l'inconvénient d'irriter les parties malades et de provoquer de la douleur et de la congestion sans avoir d'efficacité bien certaine contre la marche envahissante de la lésion. Elles jouent ici le même rôle que les substances irritantes sur les épithéliomas de la langue et des lèvres, qui ne font que favoriser l'extension du mal et lui donnent un véritable coup de fouet. Ce n'est que dans les formes végétantes ou qui s'accompagnent d'hémorrhagies, que les cautérisations doivent être employées, et il faut alors qu'elles soient énergiques et réellement destructives. Le fer rouge, l'acide chromique concentré ou, dans quelques cas, le caustique Filhos, remplissent alors parfaitement le but. M. Siredey a arrêté ainsi bien souvent, avec trois ou quatre applications de fer rouge, d'une façon définitive, des hémorrhagies menaçantes pour la vie à bref délai.

Quant à l'acide chromique concentré, son emploi doit être entouré de grandes précautions : les attouchements doivent être faits au moyen d'un tampon d'ouate, plongé dans l'acide et exprimé avant son application ; puis la cautérisation est suivie d'une injection à grande eau, car le liquide caustique peut fuser le long du spéculum et amener des inflammations graves. Cette dernière précaution est absolument indispensable, si l'on veut être assuré d'éviter les accidents qui rendent cette pratique assez délicate. Elle doit être renouvelée après chaque cautérisation et faite très largement.

En même temps, les injections détersives et antiseptiques doivent être employées d'une façon très régulière. M. Siredey prescrit habituellement la solution suivante :

Acide phénique cristallisé	25	grammes
Essence de thym	5	—
Alcool	150	—

Une ou deux cuillerées à café de cette solution pour une injection.

Après chaque injection, un tampon de ouate hydrophile, imbibé d'une solution de chloral au trentième, est introduit le plus profondément possible, en contact avec l'ulcération ; ce tampon doit être renouvelé une ou deux fois par jour suivant l'abondance et la fétidité de l'écoulement.

Sous l'influence de ces pansements faits méthodiquement, on voit les parties se déterger, l'écoulement fétide se modifier, et les surfaces ulcérées prendre l'aspect d'une plaie de bonne nature. Dans quelques cas même, un commencement de cicatrisation peut se produire, sans qu'on puisse voir là, cependant l'indice d'une guérison sur laquelle il n'est guère permis de compter. Néanmoins, les symptômes de l'affection sont tellement amendés que le résultat obtenu est certainement supérieur ou tout au moins équivalent à celui que donnerait une opération partielle.

Il est une remarque importante à faire, au point de vue de l'emploi du tamponnement pour combattre les hémorrhagies. Dans certaines formes de cancer qui ont été décrites sous le nom d'*ulcus rodens* et étudiées en particulier par Aran, les parois du col et même du corps sont en quelque sorte rongées par la lésion de telle sorte qu'elles ne consti-

tuent plus qu'une coque mince recouvrant une vaste caverne et sont susceptibles de se rompre sous le moindre effort. Il est donc nécessaire, quand on soupçonne cet état particulier, de ne placer qu'un tampon médiocrement serré et qui ne puisse donner lieu à un semblable accident.—*Journal de la Santé publique.*

Pessaire antiseptique de Hayem. — Les solutions antiseptiques ont certainement une action très salutaire sur les ulcérations du col de l'utérus. Mais la difficulté est de les tenir exactement au contact du col. J'ai imaginé, pour réaliser le but, le petit appareil que je vous présente. (*Congrès de Grenoble.*) " C'est un pessaire en caoutchouc surmonté d'un hémisphère de même substance qui se termine par un tuyau. On remplit l'hémisphère d'une éponge en caoutchouc, et on place le pessaire de telle sorte que le col est au contact même de l'éponge imbibée du liquide antiseptique. On peut faire des lavages, tout en laissant l'appareil en place. J'ai choisi la solution concentrée d'acide borique, qui a des propriétés antiphlogistiques. Mais je préfère la solution de sublimé, qui amène une reproduction rapide de l'épithélium et par suite la cicatrisation.

J'en demande bien pardon au savant professeur, mais son appareil n'est pas nouveau. Il y a sept à huit ans, le docteur Gairal de Carignan, auquel on doit également l'anneau pessaire qui porte le nom de Dumontpallier, est venu me présenter un instrument qui ne diffère de celui de M. Hayem que par l'éponge, qui est véritable et non en caoutchouc. Si l'éponge a le grave inconvénient de gêner la cicatrisation des ulcérations ou granulations du col, comme je m'en suis assuré, il est indubitable que le caoutchouc a les mêmes inconvénients. Il n'y a donc aucun avantage à venir grossir la liste déjà bien longue des instruments intra-vaginaux par des rééditions d'anciens appareils justement délaissés.—*Gazette de Gynécologie.*

Du meilleur traitement palliatif du prolapsus utérin et vaginal chez les vieilles femmes, par Breisky. (*Ann. de la Soc. méd. chir.* de Liège.)—L'auteur ne s'occupe que des cas, assez nombreux d ail eurs, où l'intervention chirurgicale n'est pas possible, soit parce qu'il existe des contre-indications, soit plutôt parce que les patientes préfèrent le mal au remède et refusent énergiquement de se mettre entre les mains du chirurgien.

D'une façon générale, dit Breisky, les pessaires—ce mal nécessaire—ne répondent pas à ce que l'on attend d'eux. En effet, ou ils sont trop grands et trop lourds, auquel cas ils présentent tous les inconvénients du corps étranger vaginal, ou ils sont trop petits et trop faibles, ce qui les rend incapables d'opposer une résistance satisfaisante à la pression abdominale parfois très forte.

Pris entre ces deux *impedimenta*, les pessaires ordinairement employés y échappent en agissant par pression plus ou moins forte, d'où irritation et distension exagérée des parties génitales. Par le fait de la distension ils deviennent bientôt trop petits, d'où nécessité d'en appliquer de plus grands qui seront à leur tour insuffisants après un laps de temps plus ou moins long. Bref le médecin trouve dans leur usage, à ce moment surtout de la vie où les tissus ont perdu en si grande partie leur élasticité, des inconvénients tels qu'il est le plus ordinairement obligé d'y renoncer.

Breisky croit avoir tourné les nombreuses difficultés que crée cette question des pessaires.

D'après lui, les meilleurs sont ceux en forme de boule, tels qu'ils avaient déjà été employés par Scultet et Denman, et qui étaient tombés en désuétude. On leur a reproché d'empêcher le coït et l'issue du sang menstruel, de comprimer la vessie et le rectum et d'être difficiles à enlever. Il ne peut s'agir des deux premiers points si on ne les emploie que chez des femmes à l'âge la ménopause: quant à la compression sur les organes voisins, elle n'est pas plus forte qu'avec les autres pessaires. On peut enfin les enlever facilement avec une pince qui représente en petit un forceps.

L'auteur en a fait construire en forme d'œuf, de cinq numéros différents constituant une série. Ils sont creux à l'intérieur et constitués par une mince enveloppe de caoutchouc durci.

Le plus souvent, il emploie les numéros 2 et 3. Quand le pessaire a la grosseur voulue, il ne peut être déplacé par la pression abdominale. On peut parfaitement le laisser longtemps en place sans qu'il en résulte de grands inconvénients.

L'auteur en a retiré un chez une vieille femme qui le portait depuis 20 ans, et chez laquelle on ne constatait ni ulcération, ni catarrhe de la muqueuse.

Il conseille pourtant de l'enlever de temps en temps, tous les trois ou quatre mois, pour contrôler l'état des parties génitales et employer un numéro moins fort si cela était possible. Il a remarqué, en effet, qu'après quelque temps d'application de ce pessaire, le muscle releveur de l'anus recouvrait une certaine tonicité, de même que la musculature du vagin. C'est surtout chez les femmes âgées qu'il faudra l'employer.

S'il n'existe aucune lésion des organes génitaux, on peut l'introduire d'emblée. Mais si on constate des ulcérations, il est nécessaire de les guérir tout d'abord avant d'avoir recours au pessaire. Pour cela on fera faire des injections vaginales antiseptiques et astringentes et on les fera suivre d'application d'ouate antiseptique.

Dans le cas où le pessaire ne pourrait absolument pas tenir, Breisky fait porter à ses patientes un bandage en T auquel est adaptée sur la partie qui passe entre les jambes une poire de caoutchouc durci dont le volume correspond à la lumière du vagin.—*Revue médicale.*

Des récidives malignes des kystes de l'ovaire.—*Société de chirurgie.*—Une discussion très intéressante sur ce sujet a mis aux prises les anatomo-pathologistes et les cliniciens. Le Dr Terrillon opère une malade présentant un kyste des plus simples en apparence; elle guérit, mais, 6 mois après, une tumeur maligne se développe dans la cicatrice abdominale et emporte la malade. M. Terrillon a pu rassembler dans les statistiques de Péan et de Spencer Wells, 46 faits semblables. MM. Nicaise, Polaillon, Lucas-Championnière, Panas, Terrier en ont aussi, mais très rarement observé. Ces faits très rares se rencontrent surtout chez les femmes de 40 à 50 ans, l'âge, comme on le sait, des néoplasmes malins. Tantôt la tumeur se montre dans la zone voisine de l'opération (pédicule, péritoine, cicatrice); tantôt, c'est dans un organe plus éloigné. L'explication de ces cas est encore assez difficile. N'y a-t-il là? comme le veulent Heurteloup et Verneuil, qu'une simple coïncidence, Ou bien, prenant pour point de départ la théorie qui veut que les kystes

ovariques ne soient que des épithéliomas de forme particulière (mucoïdes, kystiques, etc.), faut-il admettre que la récidive locale est due à la transplantation de végétations épithéliales dans le péritoine et à leur transformation en sarcôme ou en cancer ?

Il est difficile de se faire actuellement une opinion. Néanmoins, on a remarqué que certaines formes de tumeurs kystiques, qui montrent à leur surface, ou dans l'intérieur de leurs cavités, des végétations multiples d'aspect sarcomateux, sont plus souvent malignes et récidivantes que les autres.—Il y aurait là des dispositions anatomiques spéciales, prolifération rapide et tendance au bourgeonnement, déterminant, comme dans d'autres régions, des caractères de malignité tout à fait spéciaux.

Ces faits doivent inspirer une certaine méfiance dans le pronostic de certaines tumeurs kystiques de l'ovaire.—Dr BARETTE, in *Concours médical.*

DERMATOLOGIE.

Eczéma anal.—Le Dr VÉRITÉ, qui publie une brochure sur cette affection fréquente, la considère comme une arthrite sèche, fréquente chez les goutteux et les hémorrhoïdaires, et la combat avec succès par le traitement alcalin.

Matin et soir, Bazin conseillait une cuillerée à soupe de :

Sirop de fumeterre ou de saponaire	500 gr.
Bicarbonate de soude	6 à 8 "

Comme topique, le savant dermatologiste conseille dans l'eczéma arthritique la pommade au sulfate de fer :

Sulfate de fer	40 à 50 cent.
Cétine	4 grammes.
Axonge	30 "

Après avoir administré le bicarbonate de soude, M. Hardy a eu recours à l'arsenic, qui réussit parfois.

Contre le prurit, M. Hardy ordonne de la glycérine dans laquelle il dissout un peu de nitrate de mercure. Les solutions de sublimé, le précipité blanc, peuvent être aussi employés contre le prurit qui est doublement fâcheux et par la douleur et par l'augmentation de l'eczéma qu'il entraîne.

Souvent on ne parvient qu'à diminuer l'eczéma anal ; il faut prévenir les malades de la tenacité de leur mal et les mettre en garde contre les topiques irritants qu'ils seront enclins à employer, et qui trop souvent augmentent la persistance de l'eczéma anal.

En cas d'hémorrhoïdes, c'est au piper capsicum, aux lavements surtout, qu'il faut recourir pour ne pas laisser les fèces augmenter encore la gêne de la circulation veineuse.

Ces divers moyens de traitement auxquels nous pouvons ajouter des lotions avec une solution de bromure de potassium et l'administration interne de ce médicament, ne sont pas toujours suivis de succès. Heureux les malades, si des oxyures vermiculaires étaient la cause des démangeaisons anales, leur évacution peut faire cesser le prurit. La prédominance du ténesme et des épreintes doit faire songer aux oxyures

vermiculaires. Il ne faut pas toujours compter sur la guérison de l'eczéma anal après qu'on les a chassés ; ces vers n'ont agi souvent qu'en qualité de cause occasionnelle, en appelant à la marge de l'anus une manifestation diathésique. On devra dans ces cas instituer un traitement général après l'administration des anthelminthiques.

Les affections qui ont pour siège la région génito-anale s'accompagnent d'une hypochondrie particulière, de tristesse, d'une sorte de honte. En public, ne pouvant se livrer aux grattages, lorsqu'ils ressentent des démangeaisons, les malades atteints d'eczéma anal se remuent s'ils sont assis, et font, à leur insu, des mouvements qui ont pour but d'apaiser le prurit, ou cherchent à se tenir à l'écart.

Quand l'affection a duré un certain temps, les préoccupations que leur a causées souvent leur mal deviennent constantes et la physionomie les reflète.

Il en résulte, pour certains malades atteints d'eczéma anal, une allure timorée qui n'est pas sans analogie avec celle des masturbateurs ou des individus qui ont des pertes séminales. Il faut connaître ce résultat de la contrainte à laquelle les malades sont tenus lorsqu'ils ne peuvent pas se gratter, et ne pas prendre pour le cachet d'un vice le facies et l'habitus qu'on rencontre chez les eczémateux. Dans les expertises de médecine légale, l'erreur est d'autant plus facile à commettre que ce facies coexiste avec les déformations anales.

Valleix indique que l'eczéma de l'anus porte les malades " à des idées de tristesse et même de suicide."—*Revue de thérap. méd. chir.*

Sur le traitement de la teigne tondante par le procédé de Foulis, par H. HALLOPEAU.—Le traitement des teignes est un objet de préoccupations constantes pour les médecins qui s'occupent de dermatologie ; on connaît la nature de ces maladies, on en a déterminé le siège précis et le mode d'extension, on sait que les champignons dont le développement en est la cause prochaine peuvent être détruits par un certain nombre de parasiticides, et cependant on n'arrive que difficilement et lentement à les guérir. On pouvait espérer, par exemple, que la découverte du trichophyton dans le cuir chevelu des malades atteints d'*herpes tonsurans* ferait faire à la thérapeutique de cette dermatose les mêmes progrès que la découverte de l'acarus a fait faire à celle de la gale. On a été déçu : les agents employés, rapidement efficace quand le parasite siège dans les parties glabres, ne peuvent plus l'atteindre qu'incomplètement quand il occupe le cuir chevelu, et les traitements dont ils sont la base ne réussissent qu'avec une grande lenteur (1) ; on peut parfois aller plus vite en transformant par des applications irritantes les partier atteintes en un milieu défavorable au développement et à la vie des champignons, mais ici encore on se trouve en présence de difficultés considérables ; ces traitements peuvent déterminer des inflammations persistantes de la peau, des alopécies partielles, et ils sont d'autre part, loin d'être constamment efficaces ; le moyen d'obtenir rapidement la guérison de la teigne est donc encore un problème qui s'impose à l'attention des médecins.

---

(1) M. E. Besnier (*Bulletins de l'Académie de médecine*, 1884) déclare que si la destruction directe par les agents chimiques est possible lorsqu'il s'agit d'épizoaires, on ne peut plus l'espérer quand on est en présence de parasites qui vivent au milieu des tissus. Il suffit cependant que le succès ne paraisse pas irréalisable, pour que l'on continue à chercher dans cette direction.

Une note de J. Foulis, publiée le 14 mars dans le *British Medical Journal*, a pu faire espérer un instant que ce problème était résolu pour l'*herpes tonsurans*; cet auteur, en effet, ne craint pas d'affirmer que, depuis cinq ans, il guérit, généralement en huit jours, les cas les plus graves de cette maladie en procédant de la manière suivante :

Après avoir coupé les cheveux autour de la partie malade, il la frotte avec un linge imbibé d'essence de térébenthine, en ayant soin de protéger les yeux par une compresse placée sur le front; cette friction est continuée pendant trois minutes environ; elle amène une rougeur érythémateuse et une douleur assez vive; un lavage pratiqué avec le savon phéniqué à 10 pour cent et de l'eau chaude fait disparaître immédiatement cette douleur; on étend alors successivement deux ou trois couches de teinture d'iode sur la plaque d'herpès, et on termine par une onction avec l'huile phéniquée au vingtième. On peut, d'après Foulis, remplacer la teinture d'iode par une solution de 2 parties d'iode dans 100 parties de térébenthine. Cette série de pratiques est renouvelée tous les jours; au bout de huit jours, la maladie sera guérie.

Ce qu'il y a de nouveau dans ce traitement n'est pas l'emploi de la teinture d'iode, car nos collègues E. Vidal et Terrillon en ont reconnu l'inefficacité, c'est sa combinaison avec les applications de térébenthine et de préparations phéniquées; elle ne paraît pas donner de meilleurs résultats.

Nous avons, en effet, expérimenté sur quatre malades, à l'hôpital Saint-Louis, le traitement de Foulis, et nous avons eu le regret de ne pas obtenir les succès annoncés, bien que nous nous soyons attaché à appliquer minutieusement les procédés indiqués par l'auteur.

Notre premier malade a été traité successivement du 8 au 15 et du 21 au 25 mai; la formation d'une collection purulente nous a contraint à cesser la médication. Il y avait encore, à ce moment, beaucoup de cheveux malades et des spores très nombreuses. Nous laissons de côté cette observation par cette raison que nous avons dû employer, les huit premiers jours, le savon ordinaire au lieu du savon phéniqué, et que dans la seconde série d'applications, notre savon phéniqué n'était qu'à 2 pour 100, proportion inférieure à celle qu'indique Foulis. Elle nous a cependant permis de constater que, comme on pouvait le prévoir, les applications réitérées d'essence de térébenthine et de teinture d'iode provoquent de vives douleurs, qu'elles sont difficilement supportées, et qu'elles peuvent déterminer une irritation du cuir chevelu assez intense pour amener la suppuration.

Pour nos trois autres malades, nous nous sommes servi de savon phéniqué à 10 pour 100. Le traitement a commencé pour deux d'entre eux le 3 juillet et a été continué jusqu'au 20; il y a eu quinze séances; quatre fois la teinture d'iode a été remplacée par la térébenthine iodée; le troisième sujet a subi les applications du 29 juin au 7 juillet.

La térébenthine iodée nous a paru, contrairement au dire de Foulis, une mauvaise préparation; l'iode n'est pas, en effet, simplement dissous dans l'essence, il agit sur elle chimiquement et l'attaque vivement; au moment où la réaction se produit, il se fait une sorte d'explosion, et il se forme à la fois des carbures benzéniques, des iodures forméniques, et surtout de l'hydrure de terpilène (1). Par suite de cette décomposi-

(1) G. Bouchardat, cité par Berthelot et Jungfleisch.

tion, l'iode ne peut exister à l'état libre qu'en quantité très faible. De plus, les phénomènes de décomposition se continuant, la solution se décolore et la proportion d'iode qu'elle contient à l'état libre s'affaiblit encore.

Chez nos malades, l'examen microscopique pratiqué après la huitième et après la dernière séance a dénoté la présence de spores nombreuses dans les cheveux atteints. L'insuccès a donc été complet, et nous avons dû revenir aux traitements dont nous nous servons le plus souvent, et qui consistent, soit en badigeonnage, avec l'acide pyroligneux, combinés aux lotions quotidiennes avec la solution de sublimé, soit en badigeonnages avec le crayon d'huile de croton, si les plaques sont de petites dimensions.

Il résulte de nos observations que le traitement de Foulis ne guérit pas la teigne dans un délai double de celui qu'a indiqué l'auteur, qu'il est très douloureux, et par cela même, d'une application difficile, et enfin qu'il détermine une inflammation vive de la peau. Notre collègue, M. Lailler, est arrivé aux mêmes conclusions. Nous sommes donc obligé de déclarer que, malgré les assertions de Foulis, le moyen de guérir rapidement la teigne tondante est encore à trouver.—*Union médicale.*

Traitement des sueurs profuses et fétides des pieds par le perchlorure de fer.—M. Legoux (d'Albert) publie, dans la *Gazette médicale de Picardie,* l'observation suivante;

Homme de trente-cinq ans, de bonne constitution, ayant une profession presque sédentaire. Il fait remonter le début de son affection à la guerre de 1870, pendant laquelle il paya, comme tant d'autres, sa dette à la patrie.

Depuis cette époque, la maladie ne fait que grandir, à tel point que cet homme se trouve poursuivi par des idées noires.

En ce moment (février 1881), la vie lui est à charge, il parle de mettre fin à ses jours si l'on n'apporte un prompt secours à son état.

Voici ce que nous constatons:

La peau de ses pieds, ridée, est d'un blanc sale et semble avoir macéré pendant des jours entiers dans un liquide. La sueur dégoutte par terre en même temps qu'une vapeur puante s'en échappe. A distance, la main perçoit la sensation d'un dégagement de calorique abondant; enfin, la sensibilité est telle que le patient ne peut plus marcher qu'au prix de souffrances continuelles, et que ses chaussures sont promptement imbibées de la liqueur fétide.

En face d'un mal aussi terrible par ses manifestations que par les conséquences qu'il peut entrainer, je n'hésite pas, et j'institue le traitement suivant:

1° Bains de pieds à l'eau de goudron, renouvelés trois fois par jour pendant deux jours.

2° A dater du troisième jour, badigeonner les pieds, matin et soir, avec le perchlorure de fer liquide.

Je n'étais pas sans appréhension en essayant de tarir ainsi une sécrétion déjà ancienne et si abondante ; cependant le succès récompensa mon audace, car au deuxième jour de badigeonnage perchloruré, les pieds cessaient de jeter de la chaleur, la sueur était tarie en grande partie, toute odeur nauséabonde avait disparu. Cet homme, naguère

si abattu, reprenait courage, et avait plaisir à parler du froid qu'il ressentait maintenant à ses extrémités; bref, après six jours de traitement, le sujet reprit la marche, il semblait renaître à la vie.

Plus de chaleur, plus de douleurs, plus de puanteur, en un mot disparition complète de ces sueurs qui le désespéraient.

Depuis j'ai revu, à plusieurs reprises, cet intéressant malade; la guérison ne s'est pas démentie un seul instant; quelquefois, cependant, les sueurs semblent vouloir recommencer; mais tout aussitôt il s'arme du fameux pinceau qui fait l'effet inverse de celui produit par la baguette de Moïse.—*Journ. de méd. de Bordeaux.*

Traitement de l'acné hypertrophique du nez.—On trouve presque toujours, en même temps que l'acné rosacée du nez, une hypertrophie de cet organe. On est en présence d'une augmentation du tissu conjonctif, qui conduit peu à peu à une difformité permanente.

Il y a déjà quelques années qu'Hebra déclara que le traitement le plus actif du lupus consiste à faire des ponctions avec la pointe de deux scalpels liés ensemble. Le Dr SANGSTER, médecin dans la division des maladies de la peau de l'hôpital de Charing Cross, a fait construire un instrument très convenable pour appliquer cette méthode de traitement. C'est une sorte de scalpel à plusieurs lames portées par un manche unique. M. Herbert Stowers a souvent traité par des scarifications locales la congestion veineuse entourant les papules d'acné hypertrophique. Après qu'on a frictionné soigneusement le nez avec de l'eau aussi chaude que le malade peut la supporter, l'opérateur le presse pendant plusieurs minutes entre le pouce et l'index de la main gauche, puis fait une ponction rapide avec l'instrument, perpendiculairement à la surface. La compression diminue notablement la douleur. Le nombre des ponctions doit varier avec la gravité du cas. L'auteur rapporte ensuite trois cas de sa pratique dans lesquels ce traitement produisit d'excellents effets. Il dura sept mois; les nombres des ponctions pratiquées furent: 15.758, 11.150, 52.200. Le nombre par chaque séance varie naturellemunt d'après le degré de sensibilité du sujet. En général, la moyenne est de 500 à 3,000. L'opération est suivie d'un gonflement inflammatoire qui disparaît de lui-même et très vite. L'intervalle moyen entre chaque opération est de cinq jours à une quinzaine. Le traitement consécutif consiste à badigeonner la surface avec de la vaseline de manière à la protéger contre l'air froid, précaution indispensable, surtout en hiver. Jamais l'auteur ne s'est trouvé en présence d'aucune complication. Dans tous les cas, il a obtenu, au contraire, des résultats satisfaisants; il les attribue à la déplétion locale obtenue par ce procédé. Les vaisseaux qui n'ont pas complètement perdu leur tonalité la recouvrent, et, par suite de leurs contractions ultérieures, la vascularisation de la peau est notablement diminuée. Les piqûres laissent des cicatrices imperceptibles.—*British Med. Journal.—Paris médical.*

La phosphatine Falières assure la formation régulière de l'enfant chez les femmes enceintes qui en font usage pendant tout le temps de la grossesse.

Sous l'influence de ce régime, le lait de nourrice, d'habitude si pauvre, s'enrichit et devient apte à faire croître l'enfant en bonne santé.

FORMULAIRE.

Sirop de dentition.—*Vigier.*

P.—Chlorhydrate de cocaïne..... 2 grains
Sirop simple..... 3 drachmes
Teinture de safran..... 10 gouttes

M.—Faire plusieurs fois par jour des frictions douces sur les gencives endolories.—*Gazette hebdomadaire.*

Diarrhée chronique.—*Dr J. Vose Solomon.*

P.—Acide nitrique dilué..... ½ drachme
Solution de Battley..... 1 "
Teinture de gentiane..... ½ once
Infusion de gentiane..... 4½ onces
Eau de menthe, q.s. pour..... 8 "

M.—*Dose :* Une once, trois fois par jour.—*British Medical Journal.*

Hémorrhoides.—*Fordyce-Barker.*

P.—Extrait de coloquinte comp..... 1⅔ grain
Extrait de jusquiame..... 1¼ "
Poudre d'aloès..... $\frac{5}{12}$ "
Poudre d'ipecac..... $\frac{1}{12}$ "
Podophylline..... $\frac{1}{12}$ "

M.—Faites une pilule, à prendre le soir, au coucher, et répéter le lendemain matin, s'il est nécessaire.—*Canadian Practitioner.*

Métrorrhagie rebelle.

P.—Ergotine de Bonjean..... 45 grains
Poudre de rue..... 22 "
Poudre de sabine..... 22 "

M.—Faites 30 pilules.

Dose : Deux pilules par jour, augmentant jusqu'à quatre, si besoin.—*Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*

Hypersensibilité de l'urèthre.—*S. W. Gross.*

P.—Bromure de potassium..... 1 drachme
Bicarbonate de soude..... 15 grains
Infusion de digitale..... ½ once
Sulfate d'atropine..... $\frac{1}{60}$ grain

M.—A prendre en une seule dose, au coucher.—*College and Clinical Record.*

Fièvre hectique.—*S. W. Gross.*

P.—Acide sulfurique aromatisé..... 20 gouttes
Sulfate de quinine..... 3 grains
Sulfate de fer..... 2 "

M.—A prendre trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, NOVEMBRE 1885.

Pour tout ce qui concerne l'Administration ou la Rédaction, s'adresser, **par lettre**, à l'*Union Médicale du Canada*, Tiroir **2040**, Bureau de Poste, Montréal, ou **verbalement**, soit au Dr A. Lamarche, No 276, rue Guy, soit au Dr H. E. Desrosiers, No 70, rue St. Denis, à Montréal.

L'abonnement à l'*Union Médicale* est de **$3.00 par année**, payable d'avance. Ce montant peut être remis par lettre enregistrée ou par mandat-poste payable au Dr A. Lamarche.

MM. les abonnés sont priés de donner à l'administration avis de leur changement de résidence et d'avertir immédiatement s'il survenait quelque retard dans l'envoi ou quelqu'erreur dans l'adresse du journal.

L'*Union Médicale du Canada* étant *le seul journal de médecine publié en langue française sur le continent américain* est l'organe de publicité le plus direct offert aux pharmaciens, fabricants d'instruments de chirurgie et autres personnes faisant affaires avec les membres de la profession.

MM. AMÉDÉE PRINCE & CIE., négociants-commissionnaires, 36, Rue Lafayette à Paris, France, sont les fermiers exclusifs de l'*Union Médicale* pour les annonces de maisons et de produits français et anglais.

Pour les annonces de produits canadiens ou des Etats-Unis, s'adresser à l'administration.

Les manuscrits acceptés restent la propriété du journal.

Il est entendu que l'*Union Médicale* ne se rend pas responsable des opinions émises par ses collaborateurs et ses correspondants.

Tout ouvrage dont il sera déposé deux exemplaires à la Rédaction sera annoncé et analysé s'il y a lieu.

Le seul agent-collecteur autorisé pour la ville de Montréal et la banlieue est M. N. LÉGARÉ.

L'*Union Médicale* ne donne accès dans ses colonnes d'annonces qu'aux maisons et produits qu'elle croit pouvoir recommander à ses lecteurs.

Traitement de la variole.

Un préjugé assurément regrettable a cours actuellement dans le public au sujet de l'épidémie variolique, et, si nos informations sont exactes, nous avons lieu de croire que la profession médicale en général ne cherche peut-être pas assez à combattre ce préjugé. Nous voulons parler du traitement de la variole, traitement que beaucoup de gens estiment inutile et pour lequel ils ne se mettent pas en frais de demander les secours de l'art. Il ne se passe pas de jour, en effet, que nous n'entendions dire, même par des personnes qui devraient être bien autrement informées : "Il n'y a rien à faire contre la *picotte*. Il faut que ça fasse son temps (*sic*), et si l'on doit en mourir, la science n'y peut rien faire." Aussi sommes-nous bien rarement requis de donner nos soins aux variolés, du moins est-ce le cas dans la pratique civile. On parlera bien des mesures prophylactiques à prendre pour empêcher la maladie de s'étendre aux autres membres de la famille ; on songera à la désinfection et à l'isolement des malades, mais le traitement proprement dit de la variole est la plupart du temps mis de côté comme un hors-d'œuvre. On comprend que cela ne devrait pas être, et que la profession médicale devrait faire tout en son pouvoir pour combattre les préjugés qui ont cours à ce sujet dans le public.

Ces réflexions nous sont suggérées à propos d'articles publiés récemment dans quelques journaux scientifiques concernant le traitement de deux formes très graves de variole (la forme hémorrhagique et la forme confluente) qui sont particulièrement négligées, peut-être par le fait même de leur gravité.

Dans un travail communiqué à la *Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux* et publié dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*, M. le Dr R. de Saint-Philippe examine avec soin la question du traitement de la variole confluente. "N'y a-t-il pas moyen, se demande-t-il, de " faire quelque chose pour ces malades si cruellement atteints ? Doit-on " se croiser les bras devant cette horrible éruption et se contenter de " faire l'histoire naturelle du mal, en attendant que le laboratoire révèle " la lésion ? Mais non. La thérapeutique est un devoir, si ce n'est pas " tout à fait une science, et l'on cherche, en subissant les idées de son " temps (dont il faut être), quelque moyen nouveau qui fasse mieux que " les anciens dont on connaît et dont on a épuisé toute la liste....."

Tout en admettant que les excitants diffusibles doivent constituer le traitement par excellence de la première période de la maladie, l'auteur ne croit pas que l'on doive s'en tenir aux seuls toniques quand va survenir la suppuration, et c'est alors qu'il préconise l'emploi du salicylate de soude, qui agirait dans ces cas en vertu de ses propriétés sédatives sur le pouls et la température, et par son action sudorifique.

Plus de soixante observations de variole confluente traitée par la salicylate de soude sont rapportées par M. de Saint-Philippe. On y voit que sous l'influence du médicament, le pouls et la température subissent une décroissance parallèle ; le délire se calme vite, le sommeil revient, l'appétit reparaît rapidement. Mais le phénomène qui frappe plus que tous les autres, celui que l'on observe davantage et qui importe le plus, c'est, dit l'auteur, la diminution, l'arrêt, l'avortement, la transformation du travail pathologique de la peau. Les varioleux ainsi traités suppurent moins et suppurent bien moins longtemps. Chez deux des malades observés, la dessiccation des pustules a été considérablement hatée par des lotions au salicylate de soude (10 p. 100) sur les parties suppurantes.

M. de Saint-Philippe commence l'administration du salicylate de soude du quatrième au cinquième ou sixième jour, l'éruption une fois faite, et le donne à dose de 100 à 140 grains par jour pour l'adulte, et de 70 à 100 grains pour les enfants. Il alimente ses varioleux dès les premiers jours, et nous croyons que c'est là un point trop négligé dans le traitement de toute variole. Nous avons pour habitude de permettre au malade de manger *suivant son appétit*, même à la période de suppuration, et n'avons jamais eu lieu de le regretter. Dans une maladie qui tend à amener la mort par asthénie, l'alimentation devient d'une importance extrême et doit marcher de paire avec l'administration des médicaments.

Le Dr Alberto Nazarre vient de publier une thèse dans laquelle il conseille l'usage de la térébenthine contre la variole hémorrhagique. Les observations qu'il rapporte ne sont peut être pas très concluantes au point de vue des effets *curatifs* de l'essence de térébenthine, mais on y voit que depuis le début de ce traitement, presque tous les malades atteints de cette forme de variole, qui n'étaient pas reçus *in extremis* et qui pouvaient supporter cette médication, quelques-uns guérirent, et les

autres arrivèrent à une étape de leur maladie dépassant bien le terme ordinaire. Il est donc bien évident que la médication térébenthinée a du bon et que si les résultats ne sont pas aussi satisfaisants qu'on le pourrait désirer, ils suffisent à nous faire douter de la vérité de l'axiome de Kaposi : le pronostic de la variole hémorrhagique est absolument fatal.

Bureau national de vaccine.

Nous concourons pleinement dans les vues exprimées par M. le Dr. Palardy (de St-Hugues) au sujet de l'établissement d'un Bureau national de vaccine. Il y a déjà longtemps que la chose devrait être faite.

Depuis le commencement de l'épidémie variolique que nous traversons actuellement, il s'est opéré une certaine réaction dans les idées de nos gouvernants. On commence à ouvrir les yeux sur la nécessité qu'il y a d'organiser sur une meilleure base le service de la santé publique, objet, jusqu'ici, d'une médiocre sollicitude de la part des législatures. La nécessité de centraliser, autant que possible, les pouvoirs administratifs pour ce qui concerne les choses de l'hygiène s'impose également à l'esprit, et la réaction dont nous venons de parler finira peut-être par nous doter d'un Bureau central d'Hygiène composé d'une commission de médecins compétents choisis dans les diverses provinces et dont le siège sera à Ottawa. Dans chaque province il devra en outre y avoir un Bureau local relevant du Bureau central et dont les pouvoirs seront limités à chaque province respective. A leur tour, les Bureaux locaux auraient soin de voir à l'établissement de Comités de santé dans les principales villes et municipalités des provinces, tout comme cela se fait dans la province de Québec depuis quelques mois. Quand les choses en seront venues là, nous espérons que l'une des premières questions dont le Bureau fédéral devra se saisir sera celle de l'établissement d'un institut vaccinal. Nous en avons un besoin très réel et très pressant, et en eussions nous été dotés au début de l'épidémie actuelle, nous n'aurions pas eu à enrégistrer d'aussi navrants désastres.

Il est de fait que, pour ne parler que de Montréal, il s'est fait très peu de vaccination de 1878 à 1884. D'une part, les déclamations de l'école anti-vaccinatrice avaient soulevé les préjugés populaires contre la vaccine. D'autre part, les médecins se voyaient dans l'impossibilité de vacciner vu l'absence de vaccin recommandable. L'épidémie montréalaise de 1877 n'ayant pas suffi à faire ouvrir les yeux à nos gouvernants, il est probable que, en face d'une épidémie qui, de Montréal, va s'étendre à toute la province on sera plus avisé et moins négligent.

M. le Dr Palardy s'élève avec raison contre le commerce de la lymphe vaccinale. Pour notre part nous n'avons guère à nous louer du vaccin acheté dans certaines pharmacies ; il y a eu insuccès sur presque toute la ligne, et nous savons nombre de médecins qui pourraient en dire autant. Ce vaccin, nous disait-on, venait des États-Unis, de Boston ou d'ailleurs, peu importe, et l'on calculerait difficilement toutes les sommes d'argent qui sont passées de la sorte à l'étranger, et dont la moitié aurait suffi à nous pourvoir d'un institut vaccinal de premier ordre.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

LEE.—*The Physiological effects of Massage.*—Translated from the German of Reibmayr, by Benj. Lee, M.D., Philadelphia.

CRAIG.—*Miscellaneous Reprints,* by James Craig, M.D., Jersey City.

DULLES.—*A new bandage for fixation of the Humerus and Shoulder-Girdle,* by C. W. Dulles, M. D.

CALDWELL.—*A Study of Epilepsy,* by J. J. Caldwell, M.D., Baltimore.

BYFORD.—*Observations on the cause and treatment of infantile Eczema and allied eruptions,* by H. T. Byford, M.D., Chicago.

WATSON.—*The therapeutics of high temperatures in young children,* by W. Perry-Watson, M. D., Jersey City.

An address on Cholera Infantum, by W. Perry Watson, M.D., Jersey City.

Index Catalogue of the Library of the Surgeon General's office, United States Army. Authors and subjects. Vol. VI *Heastie, Insfeldt—Washington. Government printing office,* 1885.

Ce volume comprend 7,900 titres d'auteurs, représentant 2,543 volumes et 7,250 pamphlets. Il comprend en outre 14,590 titres de sujets de livres et pamphlets distincts et 35,290 titres d'articles de publications périodiques.

Il est en tout analogue aux volumes précédents et digne du plus colossal et du plus bel ouvrage de bibliographie qui existe.

DOLLEY.—*The Technology of Bacteria investigation,* by C. S. Dolley, M. D., Boston, L. E. Cassino & Co., 1885, Montréal—Dawson Bros.—Prix $2.00.

Ce petit ouvrage est un traité complet sur la matière. Dans une première partie, l'auteur étudie les diverses formes vivantes des bactéries, il décrit les méthodes, aussi variées que nombreuses, mises en usage pour ce que l'on peut appeler la *récolte* des Bactéries, la préparation des pièces histologiques et leur examen au microscope. Puis, il passe successivement en revue les expériences de culture et d'inoculation ou de vaccination.

La seconde partie est consacrée à l'étude approfondie des méthodes servant à la recherche des différentes variétés de micro-organismes, v.g. les microbes du choléra, de la morve, du rouget des porcs, de l'hydrophobie, de la lèpre, de la fièvre paludéenne, de la septicémie, de la syphilis, de la tuberculose, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, du choléra des poules, de la diphthérie, de l'érysipèle, du furoncle, de la gonorrhée, etc.

Enfin, la troisième partie est consacrée au formulaire indispensable à qui veut se mettre au courant de cette technologie.

L'ouvrage entier est fort bien fait et doit trouver sa place dans la bibliothèque de tous ceux qui tiennent à suivre de près les progrès des études microscopiques. La partie typographique ne laisse rien à désirer.

NOUVELLES MEDICALES.

—M. le professeur Osler, de Philadelphie, est chargé, dit-on, de donner les *Cartwright Lectures*, dans le cours de l'hiver prochain.

—Le 1er septembre dernier, on a publié une nouvelle édition de la *Pharmacopée Britannique.*

—Les anti-vivisectionnistes viennent de faire un prosélyte dans la personne de Lawson Tait, le gynécologiste anglais bien connu. *What next ?*

Nécrologie.—A Josseron (Oise, France), M. Ch. ROBIN, professeur d'histologie à la Faculté de Médecine de Paris ; à Paris, M. Ernest BAUDRIMONT, professeur de pharmacie chimique à l'Ecole supérieure de Pharmacie.

Le Choléra.—Il y a lieu d'espérer, d'après les dernières nouvelles que nous transmettent nos échanges d'Europe, que l'épidémie cholérique touche à son terme en France et bientôt aussi en Espagne et en Italie. Elle aura surtout été localisée aux rivages de la Méditerranée.

La Variole.—La variole continue ses ravages à Montréal. D'après le rapport officiel du Dr Laberge, officier de santé, le chifire de la mortalité (Montréal et banlieue) s'est élevé à 354 pour la semaine terminée le 29 octobre. Il est de la dernière évidence que nous en avons pour tout l'hiver et même davantage. Dans un an la population montréalaise pourra être divisée en trois classes : les *variolés*, les *vaccinés* et les *vaccino-variolés.*

—L'association médicale canadienne se réunira l'an prochain, à Québec. Voici les noms des officiers élus pour l'année courante : *Président*, Dr Holmes, de Chatam. *Vice-Présidents :* Dr Sloan, de Bath (Ontario) ; Dr C. Sewell, de Québec (Québec) ; Dr. Earl, de St Jean (Nouveau Brunswick) ; Dr. Wicknire, de Halifax (Nouvelle-Ecosse) ; Dr. Brett, de Winnipeg (Manitoba) ; *Secrétaire-Général :* Dr. J. Stewart, de Montréal ; *Secrétaires locaux :* Dr. Wishant, de London (Ontario) ; Dr. J. Bell, de Montréal (Québec) ; Dr. D. Lunan, de Campbelltown, (Nouveau-Brunswick) ; Dr. Almon, de Halifax (Nouvelle-Ecosse) ; Dr. Good, de Winnipeg (Manitoba) ; *Trésorier :* Dr. Sheard, de Toronto.

MARIAGE.

GERMAIN-LAURENT.—A Montréal, mercredi, le 2 8octobre, M. le Dr I. Avite Germain, de St-Vincent de Paul, (comté de Laval), à Mademoiselle Albina Laurent, fille aînée de M. l'échevin M. Laurent.

TRAVAUX ORIGINAUX.

Du développement de la Profession Médicale en Canada. (1)

DISCOURS PRONONCÉ A L'ASSEMBLÉE ANNUELLE DE

L'ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE

A CHATHAM, ONT., LES 2 ET 3 SEPTEMBRE 1885,

Par WM. OSLER, M.D.,

Président de l'Association, Professeur de Clinique Médicale à l'Université de Pensylvanie.

Permettez-moi de toucher ici à une ou deux questions se rapportant aux Bureaux de Médecine. Une anomalie qui a été le point de départ de discussions très animées existe dans le fait même des liens étroits qui nous rattachent à notre Mère-patrie. Tout praticien enregistré en Angleterre sous l'Acte Britannique actuel peut se faire enregistrer dans les colonies sans subir d'examen ultérieur. Pendant quelques années, Ontario a lutté contre ce prétendu droit qui fut définitivement établi par l'enregistrement du Dr E. St G. Baldwin, en 1879, et du Dr A. E. Mallory, en 1880; depuis lors, plusieurs se sont fait enregistrer sans examen. Le Bill Médical, qui a été rejeté par la Chambre des Communes, l'année dernière, contenait une clause permettant aux colonies d'adopter tous les règlements jugés nécessaires et opportuns au sujet de l'enregistrement, et il n'y a pas de doute qu'un semblable proviso ne se rencontre aussi dans le prochain Bill. Les objections que l'on a à accepter, ici, l'enregistrement anglais sont précisément les mêmes que celles que l'on a en Angleterre à accepter l'enregistrement canadien. Les examens se subissent devant des corporations dont la valeur scientifique est susceptible de varier, dont personne ne connait la manière de procéder et sur lesquelles aucun contrôle n'est exercé! Mais dans Ontario, c'est ailleurs que blesse le bât. Aussitôt qu'ils ont pris leurs degrés, les étudiants peuvent s'y jouer du Bureau en allant se munir d'un diplôme quelconque en Angleterre ou en Ecosse, s'y faire enregistrer, puis revenir ici et prendre leur licence sans autre examen. L'inconvénient à ceci gît dans le fait que beaucoup de sujets ont de la sorte éludé les règlements de la profession dans leur province, et sont revenus avec une licence anglaise alors qu'ils n'auraient pu subir d'examen devant le Bureau Médical d'Ontario. A peu d'exceptions près, nos gradués canadiens vont chercher dans le Royaume-Uni des qualifications d'obtention plus facile, et particulièrement la licence des institutions d'Edimbourg. Dans quelques-unes de celles-ci l'on avait coutume, quand il s'agissait de gradués venant du Canada, d'examiner le diplôme, d'accepter le degré universitaire, et d'admettre le candidat à

(1) Voir le No. de Novembre.

l'examen sans autre formalité. Pour être justes, les institutions anglaises devraient examiner le certificat d'admission à l'étude, et exiger des preuves suffisantes (au moyen des cartes de cours) que le candidat a étudié la médecine pendant quatre années. Dans ces conditions, l'enregistrement dans Ontario sur production d'un certificat anglais ne constituerait plus une imposition, bien qu'il y aurait encore là une distinction peu juste envers les institutions locales.

Grâce à l'obligeance du Dr Pyne, régistrateur, je puis fournir ici quelques chiffres à ce sujet. Dans le cours des cinq dernières années, 378 médecins se sont enregistrés dans la province d'Ontario; sur ce nombre il y avait 93 canadiens porteurs de diplômes anglais, c'est-à-dire qu'environ le quart des candidats à la licence ont éludé les règlements du Bureau en allant subir leurs examens dans une institution britannique. Nul doute que ces 93 médecins n'aient retiré grand profit de la prolongation de leur études et de leur contact avec des sujets venant d'autres écoles et d'autres pays, mais ils auraient encore mieux fait de se conformer aux lois de leur propre pays, et, par ce moyen, aider la profession à faire exécuter des règlements dont les avantages sont universellement reconnus.

Les honoraires exigés par les Bureaux suscitent aussi beaucoup de murmures de la part des étudiants et des médecins. Le Bureau d'Ontario exige $70.00 pour les trois examens: préliminaire, primaire et final. Dans la province de Québec, on paye $20.00 pour l'enregistrement (licence) et $10.00 pour l'admission à l'étude. C'est toujours la vieille histoire: ceux qui sont les mieux traités sont précisément ceux qui se plaignent davantage. Au point de vue des honoraires, les étudiants en médecine au Canada sont trop favorisés, et doivent s'attendre à des changements dans un avenir prochain. Pendant que, depuis vingt-cinq ans, les dépenses des écoles de médecine ont quadruplé, par contre le prix des cours n'a augmenté que de 10 pour cent. Les honoraires fixés par les Bureaux sont justes et raisonnables, outre qu'ils sont nécessaires si l'on veut subvenir aux dépenses courantes. La taxe annuelle imposée aux médecins est de $1,00 dans Ontario et de $2,00 dans Québec; on en parle souvent comme d'une chose bien onéreuse, mais ce n'est après tout qu'une bien faible contribution au bien-être général de la profession.

Il semble extraordinaire aux étrangers que, dans un pays qui, comme le Canada, compte à peine cinq millions d'habitants, il y ait un si grand nombre de Bureaux accordant licence, et, anomalie plus grande encore, qu'un médecin licencié dans une des provinces ne puisse pas pratiquer dans une autre, en un mot, qu'il n'y ait pas de réciprocité. Telle a aussi été la pensée d'un grand nombre de médecins qui, il y a quelques dix ans, au sein même de cette Association, ont tenté de faire un bill médical pour toute la Puissance. Le bill échoua, comme échoueront, je crois, toutes les tentatives de ce genre, si on en fait. Un seul remède nous reste: avec le temps, les Bureaux des diverses provinces peuvent rendre leur curriculum et leurs examens tellement semblables les uns aux autres, que la réciprocité deviendra possible, mais nous ne pouvons pas nous attendre à ceci avant plusieurs années. Il semble qu'un Bureau d'enregistrement fédéral, siégeant à Ottawa, serait bien utile en certains cas. Ainsi, le chirurgien d'un régiment de Québec se trouverait à pratiquer illé-

galement s'il allait être de service dans Ontario; dans la marine, les chirurgiens des steamers doivent être enrégistrés par le Bureau de la province dans laquelle se trouve le port d'où est parti le navire. Il y aurait de très grandes, sinon d'insurmontables objections à la création d'un Bureau semblable; cependant l'on pourrait adopter certaines règles relativement aux chirurgiens militaires et à ceux de la marine marchande.

J'ai aussi examiné à fond la constitution et le fonctionnement des Bureaux de médecine provinciaux, convaincu que je suis qu'en eux repose le salut de la profession. Inappréciables sont les services qu'ils ont rendus dans le passé. Comprenez bien, messieurs, tous les avantages professionnels dont vous jouissez. Dans quel pays les médecins ont-ils le droit de conduire leurs propres affaires? Voyez la Grande-Bretagne! Notre puissante sœur, l'Association Médicale Britannique, avec toute son influence, et soutenue par ses 11,000 membres, n'a pas pu faire admettre dans le dernier bill médical le principe de la représentation professionnelle; tout au plus a-t-elle pu gagner que quatre ou cinq membres seraient choisis au sein de la profession en général. Soyez donc contents et satisfaits d'avoir, dans chaque province de la Puissance: 1° Une assemblée de membres électifs (Bureau ou Conseil Médical, Collège, etc.) ayant des représentants de chaque faculté; 2° le contrôle absolu des examens préliminaires, du curriculum et des examens pour la licence; 3° un local convenable pour les assemblées du Bureau, les examens et la conservation des archives générales de la profession. Les Actes de 1788 et de 1815 auront atteint leur entier développement quand tout cela sera un fait accompli. Dans la plus grande partie des provinces, vous avez déjà gagné les deux premiers points; le troisième sera peut-être plus difficile à emporter, mais j'espère fermement que le jour n'est pas loin où, dans la capitale de chaque province, le corps médical élèvera à Esculape un temple digne des traditions et des aspirations de notre belle profession.

Je pourrais ici terminer cette partie de mon sujet, qui a trait surtout aux rapports existants entre la profession et le public, mais j'insisterai encore sur un point. J'ai dit en commençant que dans une société bien organisée, tout citoyen doit sentir qu'il a près de lui un homme ayant reçu une bonne et solide éducation médicale, et auquel il peut, à l'heure du danger, s'adresser en toute confiance et lui demander secours pour lui-même, pour sa femme et ses enfants. Nous avons cela maintenant par tout le Canada. Aujourd'hui le public a à sa disposition des hommes instruits et compétents; dans le plus petit village, l'individu le plus pauvre peut s'adresser à un médecin honnête et capable; les charlatans et les imposteurs sont rares. Ce sont là, messieurs, des bienfaits dont, les mains élevées vers le ciel, nous pouvons remercier nos Bureaux de médecine provinciaux.

Je ne puis que mentionner un dernier point sur lequel la profession et le public se trouvent en rapport. Un des développements les plus remarquables de la médecine moderne a été l'étude approfondie des causes et de la prophylaxie des maladies épidémiques. Les principes de la médecine préventive ont peu à peu été mieux connus du public et l'on admet assez, en général, qu'une organisation active est nécessaire. Dans cette province, les efforts que l'on a faits dans ce sens ont abouti à la formation d'un Bureau provincial de Santé qui travaille

activement et qui devrait recevoir le concours actif du public et de la profession. Le succès avec lequel ce Bureau a accompli sa tâche durant les quatre dernières années doit constituer un motif d'émulation pour les autres provinces et être un exemple qu'elles sont tenues en honneur de suivre au plus tôt.

II *L'Ecole de Médecine.*—L'école de médecine joue un rôle important et essentiel dans le progrès et le développement de la profession. Son but principal est d'initier les jeunes gens à la science et à l'art de la médecine, de fournir au public des sujets compétents à prendre soin des malades et des blessés, et c'est à ce point de vue que le public se trouve en rapport avec ce genre d'institutions.

Dans la plupart des pays Européens, l'Etat, en sa qualité de gardien du salut public, contrôle l'éducation médicale et subventionne libéralement les facultés de médecine des universités. En Angleterre, on fait aussi de même jusqu'à un certain point, mais partout sur ce continent les écoles ont été le fruit d'entreprises privées. Il est très facile de dire l'origine et l'évolution des écoles de médecine en ce pays. Pendant nombre d'années les cours privés ont constitué le seul mode d'instruction médicale, et le système de *cléricature* existait partout. Dans une série de leçons sommaires, le maître faisait parcourir à ses élèves tout le vaste champ de la médecine et de la chirurgie ; l'anatomie s'apprenait au moyen de dissections privées poussées très activement. La consultation au bureau et la visite des malades fournissaient les matériaux de la clinique. L'étudiant se tenait beaucoup avec son *patron*, en devenait l'ami et le compagnon, et au bout de quatre ou cinq ans, quelquefois moins, il avait acquis des connaissances pratiques assez étendues et pouvait se présenter devant le Bureau provincial. Quelques-uns des meilleurs praticiens que nous ayons eus en Canada ont reçu leur éducation médicale de cette façon. Ouvrez le Registre médical d'Ontario ou de Québec et cherchez-y les noms des médecins qui ont été tout simplement licenciés par le Bureau médical du Haut et du Bas-Canada, et vous y trouverez un grand nombre d'hommes que nous connaissons tous bien et que nous entourons de tout notre respect. Il n'y a pas de doute que, dirigé convenablement, l'ancien systême avait de grands avantages ; les détails essentiels, utiles et pratiques de la vie professionnelle étaient soigneusement inculqués aux élèves ; quant au superflu et aux minuties, le médecin un tant soit peu occupé ne trouvait guère le temps d'y voir.

Parmi les professeurs privés qui enseignaient ainsi, avant l'établissement des Ecoles de médecine, il y avait des hommes très marquants dont les noms méritent d'être cités avec reconnaissance : le Dr James Douglass, de Québec, était un maître aussi distingué que populaire, et ses élèves avaient le grand avantage de pouvoir suivre l'Hôpital de la Marine. Il vit encore au sein d'une retraite paisible, et constitue le dernier lien reliant la profession médicale québecquoise à une génération depuis longtemps disparue. Feu le Dr Rolph a été, depuis le jour de son arrivée à Toronto, en 1831, jusqu'à la fondation de l'Ecole de Médecine de Toronto, un des professeurs privés les plus énergiques et les plus estimés, et un grand nombre de ses élèves d'alors occupent maintenant d'éminentes positions au milieu de nous. Même après les troubles de 1837, alors qu'il dût se retirer au delà de la frontière, ses élèves le suivirent à Rochester.

L'organisation de la première école de médecine eut pour point de départ l'association de deux ou trois professeurs privés qui crurent plus avantageux et plus expéditif d'enseigner chacun une ou deux matières. A Montréal, en 1824, les Drs Stevenson, Holmes, Caldwell et Robertson donnèrent les premiers cours de médecine qui aient été donnés en ce pays. L'*Institut Médical*, comme on l'appelait, devint, en 1829, la Faculté de Médecine du Collège McGill, et fut, pendant plusieurs années, la seule école de médecine du pays. La première tentative de ce genre qui suivit fut d'un caractère plus ambitieux. Dès 1835-36, on fit certains efforts pour engager le gouvernement de Sir John Colborne à établir une faculté de médecine au *King's College*, à Toronto; des plans furent élaborés à cet effet, mais rien ne fut fait avant 1843 alors qu'une faculté fut organisée, composée d'un personnel complet et distingué. On ne pouvait mieux organiser une école de médecine; avec l'aide de l'Etat, des professeurs éminents et distingués avaient été nommés, dont les salaires variaient de £225 à £350—magnifiques honoraires pour le temps. D'après les renseignements que j'ai pu recueillir, l'école était excellente et donnait une éducation médicale de premier ordre, mais les professeurs commirent certaines fautes qu'ils payèrent bien cher. En s'opposant à l'incorporation de l'Ecole de Médecine de Toronto, qui avait été organisée en 1843, par le Dr Rolph, ils eurent certainement tort, et ne firent que se préparer des difficultés pour plus tard; en outre, dans leur désir même d'obtenir un Acte Médical plus favorable, un trop grand nombre d'entre eux se rendirent hostiles à la profession. Après une existence de dix années, l'Université de Toronto fut, en vertu d'un Acte de la Législature, laissée avec son seul cours classique, et privée d'une école de médecine qui, en dépit de ses fautes, avait en elle-même tous les éléments du succès; la profession et le public furent de la sorte livrés à la merci d'écoles irresponsables, fruits d'entreprises privées. Il n'y a pas de doute que l'abolition de la Faculté de Médecine de l'Université de Toronto a retardé sérieusement le développement de la profession en ce pays. L'établissement d'une institution convenablement dotée et organisée aurait été un motif d'émulation pour les autres, et, avec le temps, les inévitables difficultés des premières années auraient cessé d'être.

En 1843, l'Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal fut fondée et continue d'être l'Ecole canadienne-française la plus considérable de la Puissance. Vers le même temps le *St. Lawrence School* fut établi à Montréal en opposition au Collège McGill, mais il vécut peu de temps et expira bientôt. L'Ecole de Médecine de Québec naquit ensuite, et devint plus tard la Faculté de Médecine de l'Université Laval. A Toronto, une troisième école, l'Ecole de Médecine du Haut-Canada, fut, en 1850, ajoutée à celles qui existaient déjà, et dès sa première session devint la Faculté de Médecine du *Trinity College;* après avoir subsisté trois ou quatre ans, elle prit fin par le fait de la résignation des professeurs qui refusèrent de se soumettre à certaines mesures vexatoires, d'ordre religieux, exigées par la corporation du Collège. La Faculté de Médecine du Collège Victoria fut ensuite établie à Toronto, et pendant nombre d'années fut connue sous le nom de *Rolph's School.* Elle cessa d'exister en 1869. L'Ecole de Kingston, organisée comme Faculté du *Queen's University*, est maintenant connue sous le nom de Collège Royal des Médecins et Chirurgiens. La Faculté

de Médecine du Collège Bishop, Lennoxville, P. Q., fut organisée à Montréal en 1870. Durant la même année, la Faculté de Médecine du *Trinity College* fut réorganisée et existe aujourd'hui, comme corporation distincte, sous le nom de *Trinity Medical School.* L'Ecole de Médecine de Halifax est la seule qui ait été fondée dans les provinces maritimes.

Les additions les plus récentes à cette liste sont la Faculté de Médecine de l'Université Laval à Montréal (succursale) établie en 1877, la Faculté de Médecine du *Western University*, London, Ont., et la Faculté de Médecine de l'Université de Manitoba, toutes deux organisées en ces dernières années, et en 1883, comme résultat d'un fâcheux contretemps, on a vu s'établir, à Kingston, une école de médecine pour les femmes ; bientôt après une institution du même genre s'établissait à Toronto.

A propos de ces deux dernières écoles, on ne peut que regretter que nos amis de ces deux villes se soient mis sur les bras des entreprises aussi inutiles en ce pays. Il est inutile de fabriquer un article qui ne se vend pas, et, en Canada, le public n'est pas encore prêt à recevoir la femme-médecin. Au reste, voyez ce qui se passe : les villes les plus considérables ne peuvent en faire vivre plus d'une ou deux ; de fait, Montréal et Québec n'en ont pas, et elles mourraient de faim dans les petites villes ou villages de ce pays. Pour l'amour d'instruire six ou huit femmes par an, dont au moins trois ou quatre iront à l'étranger, on a établi deux nouvelles écoles de médecine avec un personnel complet de professeurs. Il est à espérer qu'à l'expiration des cinq années d'existence que de bienveillants et généreux amis ont assurées à ces institutions, ceux-ci mettront leur argent et leur énergie à la disposition des écoles consacrées au sexe fort. Ne concluez pas de ces remarques que je sois en aucune façon hostile à l'idée d'admettre les femmes dans nos rangs ; au contraire elles ont toutes mes sympathies dans les tentatives qu'elles font pour résoudre la question de savoir jusqu'à quel point elles peuvent réussir dans une profession aussi ardue que la nôtre.

Si donc l'on en excepte les écoles de femmes, il y a aujourd'hui, dans le pays, onze corps enseignants, trois français et huit anglais, nombre respectable, on le voit, pour rencontrer les besoins d'environ cinq millions d'individus. Dans le Royaume-Uni, pour une population de 36 millions, il y a environ 30 écoles de médecine, et aux Etats-Unis, pour une population de 50 millions, il y a 139 écoles, de sorte que, comparés à ces deux pays, nous sommes amplement approvisionnés.

Les plus jeunes d'entre vous ont pu épier l'incubation et la naissance d'une école de médecine ; beaucoup ont été à même d'en observer les progrès et le développement. Presque sans exception, toutes ont dû leur origine aux efforts individuels des membres de la profession. Il y a ici des hommes qui pourraient nous dire que c'est là aujourd'hui une tâche difficile, mais qu'est-ce que cela dût être pour ceux qui ont commencé ce travail il y a cinquante ou soixante ans ? Ça a été une lutte interminable contre des obstacles et des difficultés très sérieuses. On dût prélever des contributions pour l'érection des bâtisses et l'achat du matériel ; les étudiants étaient en petit nombre et les revenus fort minces, de sorte que si quelque chose doit étonner, ce n'est pas que quatre de ces écoles aient succombé, mais qu'un plus grand nombre encore n'aient pas fait de même. Les difficultés intérieures sont souvent les plus sérieuses. Dans des entreprises de ce genre, la plus

grande somme de travail échoit la plupart du temps à un ou deux hommes pleins de zèle qui sont seuls à porter le fardeau le plus lourd, et souvent la portion la plus pesante de celui-ci est tout simplement l'apathie de collègues endormis.

Les dettes, voilà ce qui entrave la marche des jeunes écoles pendant plusieurs années. C'est de l'argent emprunté qui a servi à fournir le matériel etc, et même dans les plus anciennes institutions, chaque nouvelle addition aux bâtisses se traduit par un surcroît d'intérêts à payer. L'état financier est des plus précaires pendant des années, et, de session en session, l'école se traîne ainsi, vivant au jour le jour, à peine et souvent pas du tout capable de rencontrer ses obligations et de payer ses professeurs.

En même temps que le nombre des élèves augmente, les finances s'améliorent, et si l'école devient populaire, les dettes peuvent être payées et les professeurs rémunérés. Mais tant que les élèves sont peu nombreux, la recette suffit à peine à rencontrer les dépenses. Une difficulté qui, dans les circonstances présentes, semble presque insurmontable, consiste dans le fait que le succès de l'institution est entièrement subordonné au nombre des élèves. Classe peu nombreuse veut dire enseignement d'ordre inférieur et professeurs découragés, mécontentement général, surtout au sein de la faculté. Classe nombreuse veut dire tout le contraire de ce qui précède, mais pas toujours; cependant, il y a comme une atmosphère de contentement autour d'un professeur dont la salle de cours est remplie d'élèves.

Examinons les faits tels qu'ils sont. Durant la dernière session, il y avait, dans les écoles canadiennes, environ 900 étudiants dont, à très peu d'exceptions près, toutes ces institutions vivent uniquement. Quatre des ces onzes écoles sont assez fortunées pour attirer au moins 700 étudiants, ce qui en laisse environ 200 à diviser entre les sept autres écoles. Avec les prix aussi bas qu'ils sont maintenant, je doute que chaque étudiant paye plus d'une moyenne de $80.00 par an pour les cours, de sorte que le revenu total des étudiants (au nombre mentionné ci-dessus) serait d'environ $70,000 dont au moins $55,000 vont à quatre de ces écoles, laissant une balance de pas plus de $15,000 à partager entre les sept autres.

De nos jours ce n'est pas une petite affaire que d'organiser et d'équiper convenablement une école de médecine ; il y a des matières dont l'enseignement, même dans les plus petites écoles, exige un local spacieux et un bon matériel. Il doit y avoir des laboratoires pour l'enseignement pratique de la chimie, de l'histologie, de l'anatomie, de la physiologie, et un espace suffisant pour les bibliothèques et les musées. Dans quelques-unes des écoles, des sacrifices personnels de la part des membres de la faculté peuvent seuls rencontrer ces dépenses, et dans presque toutes, en règle générale, chaque professeur a dû prélever sur son salaire l'argent nécessaire à défrayer les dépenses inhérentes à son propre cours. Tout cela est parfait quand le professeur ne manque ni d'enthousiasme ni d'argent, et tout va à merveille alors ; j'ai eu connaissance d'un cas ou plus de deux mille dollars ont ainsi été dépensés, et d'un autre où les dépenses personnelles du professeur, pour travaux de laboratoire, matériel, etc., varriaient toujours entre $500 et $1,000 chaque année. Dans l'état où ont été les choses jusqu'à aujourd'hui, il est impossible, sans sacrifices personnels, d'équiper convena-

blement un laboratoire. La remarquable impulsion donnée dernièrement à l'enseignement pratique a singulièrement augmenté les dépenses des écoles, car non seulement il faut équiper des laboratoires, mais il faut encore s'assurer les services d'hommes compétents, de spécialistes. Le médecin qui a pratiqué la médecine générale pendant huit ou dix ans peut monter dans la chaire du professeur et donner un bon cours, mais pour pouvoir diriger les travaux d'un laboratoire il faut y avoir été soigneusement préparé depuis longtemps; or cette préparation coûte cher, et une fois acquise, doit se payer également cher.

Un grave inconvénient résultant de cet état de choses est le grand nombre des demandes qui se font auprès des écoles, de la part des élèves, pour obtenir des faveurs et du patronage. J'y ai déjà fait allusion. Trop d'élèves commencent leurs études sans avoir les moyens suffisants pour les pousser jusqu'au bout; alors ils cherchent à obtenir des faveurs spéciales, une réduction dans le prix des cours, la permission de ne pas assister aux cours avant Noël, et souvent ils mettent de la sorte les diverses écoles en antagonisme les unes aux autres, et cela, d'une façon qui ne manque pas d'être amusante. Songez, Messieurs, à quelles conséquences peut être entraînée la profession par cette compétition effrénée s'exerçant entre onze écoles au sujet de 900 étudiants. Il doit s'en suivre une *lutte pour l'existence* dans laquelle le public et la profession sont les plus perdants, mais avec les dispositions et les règlements dont j'ai parlé tout à l'heure, s'ils sont mis en vigueur dans chaque province, la compétition se trouve réduite à des proportions raisonnables, vû que tous les élèves, à quelque école qu'ils appartiennent, doivent suivre le même programme d'études pendant le même laps de temps.

Quel sera le remède ? Les moindres écoles ont des droits égaux à ceux des institutions plus considérables, et on ne peut leur demander de s'immoler à l'intérêt d'institutions mieux favorisées. Il est évidemment du devoir des Bureaux provinciaux de s'enquérir des moyens dont peuvent disposer les écoles pour l'enseignement médical, et ils devraient refuser de reconnaître celles qui, sous ce rapport, ne sont pas à la hauteur des progrès modernes. Ce qui vaudrait encore mieux, c'est que les Bureaux eussent le droit de s'opposer à l'établissement d'une nouvelle école de médecine tant qu'ils n'auraient pas la preuve qu'il y aura assez d'argent pour soutenir cette école et que celle-ci a tout ce qu'il lui faut en fait de matériel, d'hôpital, etc. A l'avenir, il arrivera de deux choses l'une, ou bien un grand nombre de petites écoles mourront d'épuisement, car il est de la dernière évidence, d'après les chiffres que je viens de donner, qu'il y en a sept qui vivent du seul prix des cours, prix qui ne pourrait en faire vivre qu'une, et encore, pas d'une façon très florissante,—ou bien il faudra trouver les moyens de s'assurer des revenus ailleurs. Personne ne peut nier qu'il y ait trop d'écoles de médecine en ce pays, et, dans les circonstances actuelles, la disparition de trois on quatre d'entre elles ne serait une perte ni pour la profession ni pour le public; mais si toutes se trouvaient en possession du matériel scientifique et clinique nécessaire, elles deviendraient alors une source de force et non pas de faiblesse. Ne vivant que du prix des cours, les plus petites écoles ne peuvent, même avec les sacrifices personnels des professeurs, espérer se tenir au niveau des exigences modernes au point de vue de l'ensei-

gnement de la médecine, et les écoles plus considérables ayant à rencontrer de plus lourdes dépenses et à payer davantage leurs professeurs, ne sont pas, en réalité, mieux partagées.

Le temps est arrivé où il faut exposer franchement au public le besoin que nous avons d'une éducation médicale supérieure. Une institution ne peut atteindre son plein développement sans avoir de l'aide du dehors. L'érection de laboratoires et l'achat du matériel nécessaire exigent des sommes d'argent que ni les facultés ni les professeurs ne sauraient fournir. Nos frères du clergé pourraient ici nous donner une leçon. Demandez, à Toronto et à Montréal, à quoi servent les splendides et luxueux édifices qui s'élèvent auprès des universités, et l'on vous répondra que ce sont les facultés de théologie, la plupart du temps érigées aux frais de donateurs particuliers. Aujourd'hui, dans notre pays, le nombre s'accroit d'hommes qui ont de l'argent à donner là où ils voient qu'il en est besoin et qu'il sera utilement employé, et si ceux qui s'intéressent à l'enseignement de la médecine se donnent la peine de se remuer un peu, il sera possible d'obtenir des dotations convenables. Nous n'avons encore rien demandé, insouciants que nous étions de nos propres besoins, mais maintenant il faut demander et demander avec instance. L'appel fait à Montréal l'an dernier et qui a réussi à faire donner ainsi $100,000 est à la fois un indice et un encouragement. Il y a parmi nous des hommes énergiques et éclairés, comme l'hon. Donald A. Smith, qui croient avec Descartes que c'est au moyen de notre profession que l'on espère soulager une grande partie des maux de l'humanité, et que c'est un devoir public de contribuer à faire de nos collèges des foyers de science et des écoles de sain enseignement.

III.—*La Société Médicale.*—Dans un jeune pays, l'organisation des sociétés médicales est liée à de sérieuses difficultés. Dans les villes, il est facile aux médecins de se rencontrer, mais dans les petits centres disséminés sur une grande étendue de territoire, comme en Canada, les sociétés générales ne s'organisent pas aussi facilement. Nous voyons que plusieurs tentatives ont été faites pour organiser une Association médicale Canadienne, mais cela, sans succès avant la Confédération des provinces en 1867. En 1845 la Société Médico-Chirurgicale de Montréal tenta de jeter les bases d'une Association médicale provinciale, et convoqua une conférence des délégués des sociétés de la ville et du district de Québec ainsi que des sociétés des districts de Niagara et de Toronto. La conférence eut lieu le 20 août, mais le projet fut malheureusement abandonné. En 1850, la même Société chercha encore à réunir la profession en une Association médicale et chirurgicale anglo-américaine, et, le 10 juillet, à Trois-Rivières, une assemblée préliminaire fut tenue où l'on élabora une constitution et des règlements. Le Dr Morrin, de Québec, fut élu président, et le Dr Hall, de Montréal, secrétaire, et l'on décida que la première réunion générale aurait lieu à Kingston, le deuxième jeudi de mai 1851. Je ne sache pas que cette réunion ait jamais eu lieu ; les journaux du temps n'en disent rien.

A l'instigation et à l'appel de la Société Médicale de Québec, une assemblée eut lieu le 9 octobre 1867, à l'Université Laval, dans le but de prendre en considération la question d'établir une Association médicale Canadienne. L'organisation en fut faite, et la première réunion eut lieu à Montréal en 1868, sous la présidence du Docteur (aujourd'hui Sir Charles) Tupper.

Parmi les différents objets qu'ont eu en vue les promoteurs de l'Association, il faut mentionner une législation médicale satisfaisante, et nous voyons que dans les quatre premières sessions, l'Association consacra tout son temps à préparer un projet de loi médicale pour toute la Puissance, lequel projet fut plus tard déclaré être une mesure impraticable et fut mis de côté. Les assemblées subséquentes ont été consacrées à des sujets de discussion plus relevés, et nous nous sommes fait une idée plus adéquate du but de nos réunions annuelles. Nous convenons tous, je crois, que la tâche la plus noble que puisse entreprendre une société comme la nôtre est celle de relever le niveau de la profession, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique. Dans nos assemblées, les intelligences les mieux douées doivent apporter leurs conceptions les mieux élaborées afin que tous, nous retirions de ces lectures et de ces discussions, un mutuel avantage. Chaque membre peut apporter quelque chose. Chacun de nous a eu, depuis notre dernière réunion, l'occasion de résoudre quelque nouveau problème pathologique, problème peut-être inattendu, et qu'il ne nous arrivera peut-être plus de rencontrer. Chaque médecin rencontre dans son travail journalier tous les matériaux voulus pour instituer des recherches ou produire des travaux originaux qui n'exigent qu'un esprit de patiente et sérieuse investigation, dont l'absence explique facilement le dégoût que certains médecins éprouvent pour la pratique de la médecine. Chacun devrait réussir à apprendre et même à pouvoir enseigner quelque chose, car sur quelque point l'expérience de l'un supplée à ce qui manque à l'autre.

Tous les professeurs de nos écoles devraient assister à nos assemblées médicales, pour y rencontrer leurs collègues, leur donner un rapport de leurs leçons—car ces leçons ne sont-elles pas une mission—et démontrer par l'exposé de leurs travaux et de leurs méthodes qu'ils méritaient la confiance qu'on leur accordait. Plus nous cultiverons le caractère scientifique de nos réunions, plus notre association réussira. Il en a été de même des sociétés médicales de l'Angleterre, et, en France et en Allemagne, les sociétés analogues forment des sections des associations générales pour l'avancement de la science, et les réunions sont exclusivement consacrées au travail.

Un des plus grands avantages de nos réunions est de favoriser l'harmonie et la camaraderie. Les médecins, surtout loin des centres, vivent trop à distance et ne se connaissent pas assez; dans les grandes villes nous nous coudoyons et nous brisons au contact les uns des autres sans trop d'efforts. Mais il est malheureux que, dans certaines villes, ce même frottement sur une surface plus restreinte blesse et amène des malentendus qui détruisent l'entente. Il en résulte un isolement professionnel et une influence malsaine qui transforment, en peu d'années, un individu d'un caractère aimable et conciliant en un vieux Timon revêche, qui rage contre la pratique de la médecine en général et ses collègues en particulier. Pour prévenir pareil mal, il nous importe d'être assidus à nos assemblées annuelles : c'est là le traitement spécifique. Mais pourquoi insister ? Il est étranger à nos réunions celui-là qui n'a pas senti les effluves de sympathie et d'affection qui s'échappent de la poignée de mains que l'on donne à un compagnon de labeur.

Il nous faut en ce pays une Association de ce genre. Nos provinces,

isolées, indépendantes, nécessitent ce lien professionnel. A ces réunions nous n'appartenons ni à Ontario, ni à Québec, ni à la Nouvelle-Ecosse, mais nous sommes Canadiens, et les idées de clocher se noient dans le sentiment national. Notre Association doit prendre une part toujours croissante dans le développement futur de notre profession. Nous avons des difficultés topographiques à vaincre, vû les distances considérables qui séparent nos provinces, mais ceci ne doit pas entrer en ligne de compte. Une association cosmopolite a toujours à lutter contre certaines difficultés, mais nous ne différons pas en cela des corps analogues des autres pays. Les sociétés médicales provinciales qui ont été fondées complètent l'ouvrage que nous faisons et constituent une puissance. Nous regrettons qu'il y ait encore une ou deux provinces qui ne possèdent pas de corps de ce genre. Les sociétés de district fondées dans le pays deviennent de plus en plus vivaces ; et partout les médecins reconnaissent l'avantage de l'étude en commun de leur profession.

Laissez-moi toucher deux autres points en terminant.

En choisissant le lieu de réunion de l'Association, nous devrions avoir pour but l'intérêt de la profession. Il devrait être clairement entendu que la profession du lieu de réunion fournisse toutes les facilités possibles ; et cette Association devrait s'insurger fortement contre l'usage passé en vertu duquel les médecins de l'endroit ont supporté certains frais d'hospitalité par trop onéreux. Nous devrions en cela imiter l'Association Médicale Britannique dont tous les membres contribuent à un banquet de confraternité. Et je suggèrerais que l'on reconstituât le comité pour reviser les règlements et la Constitution, vu que certains amendements faciliteraient le travail de nos réunions, ou tout au moins, pourraient être discutés avantageusement aussitôt que possible.

Je termine, messieurs, et je n'ai plus qu'à vous remercier de la bienveillante attention que vous avez bien voulu accorder à une adresse qui ne touche qu'à des questions de détail. Mais je ne puis me séparer de vous en cette occasion, sans affirmer par votre intermédiaire, à nos confrères du Canada, que, bien qu'éloigné d'eux, je reste avec eux de cœur ; avec eux dans leurs efforts persévérants pour favoriser les intérêts de la profession, et attaché à eux par mille liens de camaraderie et d'amitié, que l'absence ne saurait affaiblir, ni le temps effacer.

De l'engourdissement des extrémités supérieures.—C'est le matin au réveil que cette parésie survient, avec ou sans un peu d'anesthésie, et occupe la distribution du cubital et du médian, affectant une main ou les deux à la fois. Le rhumatisme, l'anémie, le surmenage, causeraient ce mal qui est aussi attribué à une congestion médullaire lorsque les deux mains sont prises après le décubitus dorsal chez une femme sanguine, à la ménopause. Le docteur Putnam recommande le phosphore, tandis que le docteur Osmerod a réussi par le bromure, qui combat un spasme nerveux des vaso-constricteurs. La congestion spinale doit être évitée, d'autant que le mal est rebelle chez les femmes avancées en âge. L'ergot a réussi au docteur Sinkler. Le massage et le galvanisme sont d'utiles adjuvants de ce mal rebelle, dont les récidives seraient écartées par l'usage préventif de la strychnine. *New York Medical Journal.*

COMMUNICATION.

DEUXIÈME ÉTUDE SUR LA VARIOLE.

Vaccination et Revaccination.—Procès de la Vaccine.

Messieurs les Rédacteurs,

Un grand nombre d'écrits ont déjà été publiés contre le système de la vaccination dans notre pays et ailleurs. A la honte des Anglais. un journal anti-vaccinateur a été créé à Montréal, depuis quelques semaines seulement, par un médecin de leur nationalité. Je voyais même sur l'*Union* de St-Hyacinthe, ces jours-ci, un article élaboré avec des statistiques plus ou moins convaincantes contre la vaccination, donné par un correspondant du nom de " *un qui cherche.*"

Comme du choc des opinions naît souvent la vérité, il est bon de mettre en regard, surtout dans les circonstances présentes, certains aperçus qui peuvent le mieux convaincre en faveur d'une idée ou d'un système. Dans les affaires de science on est libre de chercher la vérité chacun à sa manière. Dans certaines sciences cependant il faut respecter la révélation.

Il y a des questions immuables, comme celles de la divinité et de la religion. Mais dans la recherche de la vérité, en ce qui regarde les questions scientifiques ou les connaissances acquises, le champ est tellement vaste et difficile, que l'esprit humain ne peut saisir toutes les causes des effets qu'il voit. De sorte que les recherches et les découvertes à faire par l'intelligence de l'homme sont toujours à l'ordre du jour.

Dans l'état actuel de notre société, c'est la majorité des opinions qui décide en grande partie ce que l'on doit croire.

Toutes les lois civiles, dans les pays régis par une constitution, sont votées par la majorité en se rapprochant autant que possible, quand elle le veut, de la vérité et de la justice immuables comme Dieu.

Pour les questions de science, ce n'est pas aussi absolu, puisque l'expérience s'appuie sur l'observation, et l'observation est de tous les jours: chacun découvre ce qu'il peut, ou fait son profit des découvertes des autres.

Comme la médecine est loin d'être une science positive, il faut bien accepter l'expérience acquise comme notre guide dans le traitement des maladies.

On connait peu souvent les causes intimes des maladies. On vous dira qu'elles sont dues à la présence de bactéries ou animalcules qui se développent dans le sang sous l'action vitale.

Quelle est la bactérie de la variole ?

Peut-on établir sa différence avec celle de la syphilis, du choléra, de la diphthérie, du typhus ou autres maladies spécifiques ?

Le microscope nous montre bien ces êtres infiniments petits, sous certaines formes plus ou moins différentes, que les médecins naturalistes ont baptisés de *bacterium*, *bacillus*, *bacterium termo :* mais on ne nous dit pas où est leur *spécificité*.

Chaque espèce introduite dans l'économie par la contagion produit une maladie spécifique, se manifestant avec des états pathologiques toujours les mêmes et toujours constants. Cependant, il y a des différences marquées dans leurs effets sur les tissus, suivant le caractère particulier de chaque affection. La petite vérole et la grosse vérole ont des produits différents.

La variole n'a pas toujours existé. On ne la voit pas mentionnée dans les auteurs anciens. Hippocrate, Galien, Aëtius, n'en parlent pas. La Bible mentionne bien la lèpre, mais il n'y a aucun indice de la variole.

La variole n'est pas une maladie constitutionnelle, car elle ne se transmet pas par hérédité, il n'y a que les maladies à forme diathésique qui laissent des traces pendant longtemps dans les générations qui se succèdent.

Il n'en est pas de même de la variole qui est plutôt une maladie acquise ou d'occasion. Le *contagium* ou le principe virulent de cette maladie, comme celui de plusieurs autres, nous échappe. On ne peut dire ce qu'il est, mais l'effet désastreux est visible depuis des siècles, et nous avons peu de moyens pour le combattre.

Cependant, quels sont les moyens actuels à notre disposition et quel est le meilleur ? La vaccination et la revaccination sont au premier rang et les seuls préservatifs.

A l'appui de cette opinion, je me permettrai de citer le rapport suivant.

Dans les questions scientifiques surtout, où va t-on chercher la vérité et s'éclairer ? Dans les pays qui sont à la tête de la civilisation et de la science, tels que la France, l'Angleterre, l'Allemagne, la Belgique, les Etats-Unis, etc.

Tous les auteurs classiques (pour la médecine) qui aujourd'hui nous dirigent viennent de ces divers pays.

Dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, juillet 15, 1870, Paris, que voit-on ? Je constate le fait remarquable suivant.

Monsieur Depaul, sur l'ordre d'un comité de l'Académie de Médecine de Paris appointé pour répondre à une demande du ministre de l'intérieur, pour connaître l'opinion de ce corps savant quant à la valeur de la revaccination, fit la lecture du rapport ci-après qui fut adopté.

" L'Académie de Médecine pense qu'il est utile de rendre publique la déclaration suivante, qu'elle recommande à l'attention du gouvernement et de la nation.

" La vaccination est le préservatif de la petite vérole.

" Néanmoins, après une certaine période la revaccination est indispensable pour assurer une complète immunité contre la contagion.

" La revaccination est absolument exempte de danger. L'Académie répudie formellement tout ce qui aurait pu être dit ou écrit au contraire.

" La revaccination peut être utile à tous les âges.

" Elle peut être opérée sans inconvénient durant l'existence d'une épidémie. De plus il est certain que dans les petites localités, dans les familles, maisons de pension, ou agglomérations de personnes, elle arrêtera efficacement un commencement d'épidémie.

" L'épidémie existante dans Paris et autres places a fourni les preuves les plus convaincantes du pouvoir préservatif de la revaccination.

" Dans les différents corps d'armée et spécialement dans les gardes de Paris, dans plusieurs établissements publics et privés, et dans quelques-unes des écoles municipales, la variole a été arrêtée par la revaccination.

" Finalement les dernières statistiques dans des hôpitaux civils de Paris prouvent bien positivement que très peu de personnes revaccinées furent attaquées de la variole, et que de celles-ci aucunes ne moururent.

" Il est alors de la plus haute importance, dans l'intérêt des individus et du public, d'encourager par tous les moyens possibles la pratique de la revaccination."

Telle est l'opinion de ce corps savant exprimée dans la *Revue de thérapeutique médico-chirurgicale*, 15 juillet 1870, Paris.

J'ajouterai l'état suivant pris du plus important journal de médecine de Londres, (*Lancet* 25 juillet 1870) qui confirme pleinement les vues publiées dans le rapport ci-dessus présenté au gouvernement par l'Academie de Médecine de France.

Voici ce que dit le *Lancet* :

" A l'hôpital de la petite vérole à Londres, chaque infirmière, avant d'entrer en service, est revaccinée, et durant 34 ans aucune d'elles n'a contracté la petite vérole.

" Quelques années avant, pendant que le nouvel hôpital des variolés se bâtissait, et que plusieurs ouvriers y étaient régulièrement employés à la construction pendant plusieurs mois après que les patients furent reçus, la grande majorité de ces ouvriers qui avaient été soumis à la revaccination échappèrent tous à la maladie, tandis que deux cas arrivèrent parmi ceux en petit nombre qui n'avaient pas été revaccinés."

S'appuyant sur un vaste champ d'expérience pratique, plutôt que sur des considérations théoriques, le Dr Seaton, de Londres, est d'avis que tout enfant doit être revacciné à ou vers l'âge de puberté ou encore plus tôt, lorsque la petite vérole sévit dans une localité, ou lorsque la vaccination première et originaire a été imparfaite.

En France il faut avoir son billet de vaccination plutôt que celui de confession. On exige le premier, on ne vous parle pas du second. Dans les institutions publiques le billet vaccinal est de rigueur, surtout à l'armée, ce qui veut dire que la vaccination est compulsoire; il devrait en être ainsi dans tous les pays bien organisés.

En Allemagne, particulièrement depuis l'année 1823, aucun soldat n'est incorporé dans l'armée prussienne sans être aussitôt vacciné.

En France la pratique de la revaccination est acceptée. Aujourd'hui elle est d'ordre public et elle est prescrite pour l'armée française. Aussi on constate dans ce pays que la grande partie des mortalités par la variole est prise parmi la population civile qui s'occupe peu ou moins régulièrement de la revaccination.

Il n'y a pas de doute que l'on trouve des statistiques nombreuses qui montrent qu'il y a eu des accidents produits par la vaccination.

En face de la majorité des corps savants de l'Europe et des Etats-Unis, qui se prononcent tous en faveur de la vaccination, ces statistiques n'ont qu'une importance relative.

Que n'a-t-on pas dit aussi contre la médication ordinaire, contre l'emploi de l'opium, de la morphine, du mercure, du chloroforme, etc ?

Bien des accidents ont été constatés par l'usage de ces remèdes. Pas de doute là-dessus, ils sont souvent mal administrés, et leur effet est déplorable. Mais où seraient les sommités médicales et leurs victoires contre les maladies humaines, s'il fallait mettre de côté ces principes médicaux, parceque souvent ils ont donné un résultat fâcheux.

D'un autre côté, les bienfaits de ces remèdes sont immenses et les tiennent en honneur et dans la confiance publique.

On peut dire qu'il n'y a aujourd'hui que certains vendeurs de préparations patentées et les empiriques qui les déprécient, voulant laisser la porte libre à leurs marchandises curatives de toutes les maladies—affaire d'argent.

Toute la difficulté vient donc souvent de la mauvaise administration ou de la qualité de l'article que l'on emploie. Je crois qu'il en est de même de la vaccine; on travaille souvent avec de la lymphe impure ou altérée, ou sur des sujets mal préparés; de là des accidents, viennent ensuite l'opposition et la violence du peuple indigné. La vaccination compulsoire sera toujours difficile, tant que le peuple ne sera pas complètement rassuré sur la pureté de l'article qui nous est fourni par les divers marchands de lymphe.

Le célèbre Trousseau, dans ses magnifiques Cliniques de l'Hôtel-Dieu de Paris, vol. 1, édition 1882, page 142, au cours de son étude sur la vaccine termine par la conclusion suivante :

" La vaccine est le prophylactique de la variole, et la découverte de Jenner restera l'un des plus grands bienfaits de la médecine. Le seul défaut qu'on puisse lui reprocher, c'est que ce préservatif est devenu aujourd'hui assez souvent infidèle, l'immunité qu'il confère se perdant peu à peu."

Je ne vois pas d'autre moyen de rendre salutaire la pratique de la vaccination qu'en mettant la préparation de la lymphe vaccinale sous le contrôle d'une autorité compétente et parfaitement indépendante, qui ne s'occupera que de la qualité et non de la quantité. De cette manière on ne sera plus obligé de recourir au pays étranger pour se pourvoir. Le proverbe est là : " On n'est jamais si bien servi que par soi." Et le but est très important, puisque c'est une question de vie ou de mort et d'un grand intérêt social, destinée à préserver tout un peuple contre les atteintes d'une hideuse maladie. La distribution de cette lymphe devrait être gratuite ainsi que la vaccination qui deviendrait alors facilement compulsoire.

Nos gouvernements envoient des commissaires pour activer l'immigration ou le commerce auprès des autorités européennes, pour s'enquérir des meilleurs moyens à prendre afin d'augmenter la richesse nationale.

La vie des hommes est aussi un capital précieux. Pourquoi ne pas envoyer en France, en Angleterre et ailleurs consulter les pays plus avancés que nous sous le rapport de savoir entretenir et prolonger la vie humaine.

Plusieurs ministres de notre gouvernement, depuis quelques années, ont bien fait pour eux-mêmes ce voyage d'outre-mer, pour aller demander aux sommités médicales de l'Europe une santé que la science d'ici ne pouvait leur donner.

Avec un peu de bonne volonté, ces messieurs peuvent nous faire participer à leur privilège, sans sacrifice de leur part, puisque l'amélioration demandée peut se faire avec notre argent.

Des hommes qualifiés du Canada, sous la direction du gouvernement, devraient aller étudier le fonctionnement des institutions nationales de vaccine de ces divers pays, afin d'en faire profiter le nôtre au plus tôt. C'est de nécessité. Il est bon de faire venir des émigrés dans une jeune puissance et dans nos vastes domaines pour les peupler, mais il est rationel et juste aussi, de chercher à conserver intacte la population actuelle par des moyens, éprouvés par l'expérience, que d'autres nations plus éclairées que nous emploient pour leur conservation. Dans la politique nos hommes publics aiment trop les résultats immédiats et dont le bien apparaît de suite. Il est agréable pour eux d'en voir les bons effets sur l'opinion, et de montrer leur savoir faire pour le bonheur du peuple, surtout en temps d'élection. Mais pour la vaccine, il faudra attendre un peu, les bons effets viendront plus tard. Le peuple bénira tout de même quand ils ne seront plus, ceux de nos gouvernants qui auront doté leur pays d'un établissement national de vaccine. La vie d'un grand nombre est à ce prix et la dépense n'est rien en vue du résultat qui se traduira par la fortune et le bonheur de la vie.

Ainsi donc pas d'argent mieux employé. C'est réellement mieux que de fondre des canons pour la guerre ou construire des chemins de fer. *Primo vivere.* C'est au peuple à forcer les députés à agir dans son intérêt sur cette question. La perspective leur paraîtra peu brillante et indigne de leur attention, une petite affaire comme la vaccine. Pouah ! ça sent la picote ! Le principe en lui-même est peu de chose il est vrai. Pour un grand nombre c'est une impureté, mais la variole nous décime, et ses conséquences sont désastreuses. Et cependant, le moyen préservatif est dans cette petite affaire.

En attendant, la main de Dieu nous frappe. Malgré les efforts et les dévouements du moment, notre peu de préparation et notre imprévoyance entretiennent le fléau.

Espérons que l'expérience et les épreuves nous instruiront.

Il faut savoir profiter du remède que Dieu dans sa sagesse et sa bonté a mis à côté de la maladie pour nous guérir. Mais la sentence est toujours là. *Allez et travaillez à la sueur de votre front.*

Dr M. J. Palardy.

St. Hugues, 21 octobre 1885.

De la coqueluche et de son traitement par la résorcine. — M. Moncorvo, convaincu de la nature parasitaire de la coqueluche, la traite en badigeonnant l'orifice glottique avec une solution de 1 à 2 pour 100 de résorcine chimiquement pure.—*Lyon médical.*

Elévation des bras, signe de péritonite, par M. Lediard.—Dans le but de soustraire à toute pression les intestins distendus par les gaz, d'immobiliser son diaphragme, de rendre sa respiration thoracique, le malade élève instinctivement les bras, les mains au-dessus de le tête ou derrière l'occiput. Il y joint la flexion des cuisses sur le bassin.—*The Lancet.*

REVUE DES JOURNAUX.

PATHOLOGIE ET THERAPEUTIQUE MEDICALES.

Anévrysme de l'aorte.—Clinique de M. le professeur POTAIN à l'hôpital Necker.—Vous avez pu voir depuis quelques jours, dans nos salles, une malade atteinte d'un anévrysme de l'aorte. Cette malade désirant quitter l'hôpital, bien qu'elle soit loin d'être guérie, je désire vous dire quelques mots au sujet de son cas, qui est particulièrement intéressant.

Je n'insisterai pas longuement sur le diagnostic de la maladie, car ce diagnostic s'impose à l'heure actuelle. Vous avez pu voir, en effet, qu'il s'agit d'une tumeur ayant perforé la paroi thoracique et s'étant fait jour au dehors, et que cette tumeur présente, de la manière la plus nette, tous les symptômes classiques des anévrysmes artériels : pulsations, battements, souffles, etc. Je sais bien que, même dans ces circonstances, on a pu hésiter, et que certains abcès de la région précordiale, subissant les influences des pulsations du cœur, ont pu en imposer pour une dilatation du cœur ou des gros vaisseaux ; mais les cas de ce genre, d'ailleurs fort rares, ne se présentent jamais avec un appareil symptomatique aussi net et impliquent tout au moins des hésitations qui véritablement ne sauraient se justifier dans le cas présent.

Mais, si le diagnostic de l'anévrysme est facile, il en est tout autrement des conditions dans lesquelles s'est développée la tumeur ; il y a là une inconnue qu'il serait fort intéressant de résoudre, mais au sujet de laquelle je ne puis mieux faire que de vous indiquer un certain nombre d'hypothèses rationnelles.

Si l'on se rapporte aux antécédents de la malade, l'on apprend qu'elle était bien portante lorsqu'un jour, à la suite d'un faux pas, elle fit un effort considérable pour se retenir et éviter une chute imminente. Au moment même de cet effort elle éprouva une douleur déchirante dans le thorax ; cette douleur dura quelques minutes, puis s'atténua et finalement disparut.

La malade toutefois ne se rétablit pas complètement ; car depuis cette époque elle a été sujette à un essoufflement facile, à des douleurs plus ou moins vives derrière le sternum, à de l'oppression, à des battements dans la tête, des fourmillements dans le bras gauche, des éblouissements, une certaine difficulté d'avaler, tous phénomènes qui se rencontrent d'habitude avec l'anévrysme aortique.

Ainsi donc chez elle, si on s'en rapporte aux renseignements d'ailleurs très nets et très précis qu'elle nous donne, son anévrysme aurait été la conséquence directe, immédiate d'un violent effort.

Ce n'est pas là un fait fréquent, et l'on doit même se demander, en raison de sa rareté même, s'il ne s'agit pas là d'une simple coïncidence, ou bien au contraire s'il n'y a pas une relation réelle de cause à effet, entre la maladie et la circonstance à la suite de laquelle elle est apparue. Je penche plutôt vers cette dernière hypothèse, et je n'hésite pas à déclarer que l'effort a été, bien réellement, la cause déterminante de l'anévrysme.

Rapprochant, en effet, le cas de notre mal
bles, du moins analogues qui ont été mention
les annales de la science, nous voyons que c
ques reconnaissent une cause traumatique
devant de la poitrine, une chute d'un lieu é
certains efforts violents ont pu provoquer un
vules sigmoïdiennes, et j'ai pu vous présente
un cas dans lequel l'insuffisance aortique
cause. M. Barié a publié également un cas
mettrez
un pareil fait n'est pas
port av
des tuniques interne e
l'anévr
considéré comme la
Dans
idées, je pourrai
aortiques
suite d'une ém
deux cas pu
décins angl
un anévrysm
bitement
d'une sentence
l'anévrysme ne
seconde, qui put
comporté comme
perforé le thorax
Bien que tous c
même, il y a lieu d
la possibilité de vo
trouble grave appo
tisme, d'un effort vi
trouvé dans l'une de
pour la première fois,
de l'anévrysme, il est fo
nous devons attribuer l'ap
Mais ce n'est pas tout: é
vrysme, nous ne devons pas
quelles ont pu être les causes
refuse à admettre, en effet, que l
puissent jamais produire un an
dont les organes sont d'ailleurs nor
La prédisposition à laquelle j'ai dû
que cette femme avait depuis longtem
l'anévrysme a été la première manifest
Mais j'ai dû bientôt renoncer à cette
de la malade: trente-huit ans n'est
notre malade ne présente aucun des s
terai que rien dans ses antécéde
nous permet de nous rallier à une
alcoolique ni goutteuse, et vous savez
les qui prédisposent le plus à l'athérom
Peut on invoquer la syphilis? Pas dav
de dire que cette malade est syphilitique,
artérielles de la syphilis ne se portent pas s
système artériel de l'encéphale; or, cette fe
de symptômes encéphaliques.
S
uivons avec le plus grand soin

ntécédents de cette femme, la seule chose que nous trouvions, c'est
'existence d'une fièvre typhoïde développée vers l'âge de vingt ans et
iérie dans les conditions de toute fièvre typhoïde qui ne s'accom-
gne d'aucune complication sérieuse. Faut-il faire remonter à cette
vre typhoïde l'origine de la faiblesse des parois aortiques, cause
mière de l'anévrysme ? J'avoue que je ne serais pas éloigné de le
ire.

sais parfaitement que la fièvre typhoïde n'est pas mise d'habitude
ombre des causes capables de produire l'anévrysme de l'aorte,
n'est-ce qu'avec la plus extrême réserve que je me sens disposé à
re jouer un rôle dans le cas présent, mais enfin, ne savons-nous
e cette maladie porte son action sur le système artériel, et
est capable de provoquer l'apparition d'artérites spéciales, tran-
le plus souvent, mais qui peuvent fort bien, dans certaines cir-
s, provoquer des troubles nutritifs ayant pour conséquence
tion persistante dans la résistance de la paroi du vaisseau.
e malade, cette artérite aurait porté plus spécialement sur
n'aurait jamais disparu complètement. Il est vrai que cette
présenté, ni pendant ni après, la fièvre typhoïde, aucun
important capable de nous faire supposer l'existence de
, mais un renseignement négatif à cet égard ne saurait
n grande valeur pour combattre mon hypothèse. C'est
'aortite en général et celle qui accompagne la fièvre
ticulier, est d'un diagnostic prodigieusement difficile,
impossible ; on peut la soupçonner, mais il est pres-
impossible d'en affirmer l'existence.

en soit de la valeur de mon hypothèse, je vous la livre
lle vaut. Comme c'est la première fois que nous notons
e aortique, provoqué par une circonstance insignifiante,
me dans les antécédents de laquelle il nous est impossible
aucune autre tare organique qu'une ancienne fièvre
pas affirmer que cette fièvre typhoïde soit
l'anévrysme, par contre, mais comme les
e typhoïde rendent possibles le développe-
mes, il y a lieu de rechercher si de nou-
iendront pas un jour fournir de nouveaux
ont de considérer comme un fait acquis
ent, n'a pour elle que des probabilités

avons fait suivre à cette malade, il a
ortes doses d'iodure de potassium.
bue généralement à un médecin
loyer pour la première fois par

n nombre de succès incon-
considérable d'insuccès.
cas justiciables de
pas ; mais malheu-
égard et, jusqu'à
que nous admi-
orons absolu-
que l'iodure

Rapprochant, en effet, le cas de notre malade des cas sinon semblables, du moins analogues qui ont été mentionnés jusqu'à présent, dans les annales de la science, nous voyons que certains anévrysmes aortiques reconnaissent une cause traumatique: un coup, un choc sur le devant de la poitrine, une chute d'un lieu élevé. On sait encore que certains efforts violents ont pu provoquer une rupture de l'une des valvules sigmoïdiennes, et j'ai pu vous présenter, au cours de cette année, un cas dans lequel l'insuffisance aortique ne connaissait pas d'autre cause. M. Barié a publié également un cas semblable. Or, vous l'admettrez sans peine, un pareil fait n'est pas sans présenter quelque rapport avec la rupture des tuniques interne et moyenne de l'aorte, dont l'anévrysme peut être considéré comme la conséquence directe.

Dans le même ordre d'idées, je pourrai ranger certains anévrysmes aortiques développées à la suite d'une émotion violente. Tels sont les deux cas publiés par des médecins anglais, de femmes chez lesquelles un anévrysme aortique est subitement apparu à la suite de la lecture d'une sentence de condamnation à mort. Chez l'une de ces femmes, l'anévrysme ne tarda pas à se rompre et à entraîner la mort; chez la seconde, qui put être revue six semaines plus tard, l'anévrysme s'était comporté comme sur notre malade, c'est-à-dire que la tumeur avait perforé le thorax et était venue faire saillie sous la peau.

Bien que tous ces faits soit discutables, en raison de leur rareté même, il y a lieu d'en tenir compte, et ils nous permettent d'admettre la possibilité de voir l'anévrysme aortique provoqué à la suite d'un trouble grave apporté dans la circulation, qu'il s'agisse d'un traumatisme, d'un effort violent ou d'une émotion vive. Notre malade s'étant trouvé dans l'une de ces diverses conditions au moment où apparurent pour la première fois, et en quelque sorte subitement, les symptômes de l'anévrysme, il est fort probable que c'est à cette circonstance que nous devons attribuer l'apparition de son mal.

Mais ce n'est pas tout: étant admise la cause occasionnelle de l'anévrysme, nous ne devons pas nous en tenir là, nous devons rechercher quelles ont pu être les causes prédisposantes de cet anévrysme. Je me refuse à admettre, en effet, que les efforts, les émotions, les chutes, etc., puissent jamais produire un anévrysme aortique, chez un individu dont les organes sont d'ailleurs normaux.

La prédisposition à laquelle j'ai dû tout naturellement songer, c'est que cette femme avait depuis longtemps une artério-sclérose, et que l'anévrysme a été la première manifestation de sa maladie artérielle. Mais j'ai dû bientôt renoncer à cette hypothèse, en présence de l'âge de la malade: trente-huit ans n'est pas l'âge de l'artério-sclérose, et notre malade ne présente aucun des symptômes de cette maladie, j'ajouterai que rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires ne nous permet de nous rallier à une pareille hypothèse. Elle n'est ni alcoolique ni goutteuse, et vous savez que ces deux diathèses sont celles qui prédisposent le plus à l'athérome artériel.

Peut-on invoquer la syphilis? Pas davantage; rien ne nous permet de dire que cette malade est syphilitique, et d'ailleurs, les altérations artérielles de la syphilis ne se portent pas sur l'aorte, mais bien sur le système artériel de l'encéphale; or, cette femme n'a jamais présenté de symptômes encéphaliques.

Si nous poursuivons avec le plus grand soin notre enquête sur les

antécédents de cette femme, la seule chose que nous trouvions, c'est l'existence d'une fièvre typhoïde développée vers l'âge de vingt ans et guérie dans les conditions de toute fièvre typhoïde qui ne s'accompagne d'aucune complication sérieuse. Faut-il faire remonter à cette fièvre typhoïde l'origine de la faiblesse des parois aortiques, cause première de l'anévrysme ? J'avoue que je ne serais pas éloigné de le croire.

Je sais parfaitement que la fièvre typhoïde n'est pas mise d'habitude au nombre des causes capables de produire l'anévrysme de l'aorte, aussi n'est-ce qu'avec la plus extrême réserve que je me sens disposé à lui faire jouer un rôle dans le cas présent, mais enfin, ne savons-nous pas que cette maladie porte son action sur le système artériel, et qu'elle est capable de provoquer l'apparition d'artérites spéciales, transitoires le plus souvent, mais qui peuvent fort bien, dans certaines circonstances, provoquer des troubles nutritifs ayant pour conséquence une altération persistante dans la résistance de la paroi du vaisseau. Chez notre malade, cette artérite aurait porté plus spécialement sur l'aorte et n'aurait jamais disparu complètement. Il est vrai que cette malade n'a présenté, ni pendant ni après, la fièvre typhoïde, aucun symptôme important capable de nous faire supposer l'existence de cette aortite, mais un renseignement négatif à cet égard ne saurait avoir une bien grande valeur pour combattre mon hypothèse. C'est qu'en effet, l'aortite en général et celle qui accompagne la fièvre typhoïde en particulier, est d'un diagnostic prodigieusement difficile, je puis même dire impossible ; on peut la soupçonner, mais il est presque toujours impossible d'en affirmer l'existence.

Quoi qu'il en soit de la valeur de mon hypothèse, je vous la livre pour ce qu'elle vaut. Comme c'est la première fois que nous notons un anévrysme aortique, provoqué par une circonstance insignifiante, chez une femme dans les antécédents de laquelle il nous est impossible de découvrir aucune autre tare organique qu'une ancienne fièvre typhoïde, nous ne pouvons pas affirmer que cette fièvre typhoïde soit la cause occasionnelle de l'anévrysme, par contre, mais comme les lésions propres à cette fièvre typhoïde rendent possibles le développement de semblables anévrysmes, il y a lieu de rechercher si de nouveaux cas bien observés ne viendront pas un jour fournir de nouveaux arguments qui nous permettront de considérer comme un fait acquis une étiologie qui, jusqu'à présent, n'a pour elle que des probabilités plus ou moins vagues.

Quant au traitement que nous avons fait suivre à cette malade, il a consisté dans l'administration de fortes doses d'iodure de potassium. C'est là une méthode que l'on attribue généralement à un médecin anglais, mais qu'en réalité j'ai vu employer pour la première fois par Bouillaud.

Un pareil traitement a à son actif un certain nombre de succès incontestables, mais il compte également un chiffre considérable d'insuccès.

Il serait intéressant de savoir quels sont les cas justiciables de la méthode, et quels sont ceux qui ne le sont pas; mais malheureusement nous sommes loin d'être renseignés à cet égard et, jusqu'à nouvel ordre, c'est tout à fait empiriquement que nous administrons le médicament. C'est qu'en effet nous ignorons absolument sa manière d'agir. On pourrait croire, et on a cru, que l'iodure

de potassium agit sur le seul anévrysme d'origine syphilitique. Que c'est en guérissant l'aortite syphilitique qu'il donne plus de solidité aux parois du vaisseau et leur permet de revenir sur elles-mêmes, mais il n'en est rien. L'expérience, en effet, démontre que certains anévrysmes aortiques, d'origine manifestement syphilitique, ont résisté à l'administration de l'iodure, alors que d'autres, développés en dehors de toute diathèse syphilitique, ont cédé assez facilement à l'emploi de cet iodure.

Dans ce cas particulier, nous n'avons pas obtenu d'amélioration. Il est vrai que la malade nous quitte malgré nous, et que la durée de son traitement a été trop courte. Or, on ne peut juger de l'efficacité de l'iodure dans les cas de ce genre, qu'après s'être soumis à son influence pendant un temps souvent fort long.—*Semaine médicale.*

Rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec la diathèse rhumatismale, par le Dr Ch. GRIFFITHS.—Il existe souvent chez les rhumatisants de l'amygdalite et de l'hypérémie pharyngée. Sur cent cas de rhumatisme (de toutes formes) l'auteur a observé cet état chez soixante malades. Il en donne les raisons suivantes :

1° Les tissus fibreux et les membranes fibro-séreuses étant attaquées de préférence par la *causa morbi* du rhumatisme (acide lactique) deviennent saturés et inoculés, pour ainsi dire, et sont pour cette cause à l'abri d'attaques ultérieures. L'acide lactique porte alors son action sur les portions de tissus pour lesquelles il a le plus d'affinité, en particulier sur la paroi fibro-musculaire du pharynx ;

2° Si, comme on le suppose, l'acide lactique provient des matières amylacées qui entrent dans la constitution des aliments, ne pourrait-on pas supposer qu'il s'en produit, pendant la déglutition, une certaine quantité qui est portée sur les orifices des amygdales, ou absorbée par les glandes pharyngées, et exerce alors une action locale toxique ?

3° En raison de la fréquence des affections du cœur dans le rhumatisme, est-il déraisonnable de croire que le muscle cardiaque étant affecté puisse amener des symptômes pharyngés par l'intermédiaire du sympathique et du plexus pharyngé ?

Quoi qu'il en soit, le salicylate de soude et le gaïac apaisent rapidement tous ces symptômes et apportent une preuve nouvelle à la théorie de la connexion de ces maladies. *Brit. Med. Journ.—Revue de laryngologie.*

Forme sudorale de la fièvre typhoide.—M. le professeur JACCOUD décrit, dans un des chapitres de ses *Cliniques* récemment parues, une forme de fièvre typhoïde relativement fréquente en Italie, où elle a été étudiée en particulier par Borelli. Cette forme peut s'observer aussi dans notre région, quoique beaucoup plus rarement, et M. Jaccoud en a observé plusieurs cas d'origine parisienne.

La maladie débute brusquement, sans prodromes, soit par un accès de fièvre, soit par une céphalalgie d'une violence excessive. Lorsque celle-ci a duré à l'état de symptôme isolé pendant vingt-quatre à quarante-huit heures, un accès de fièvre éclate comme dans le premier mode de début. Cette fièvre commence par un frisson prolongé, évolue comme un accès de fièvre intermittente, mais dès ce premier accès, le troisième stade est remarquable par un phénomène éminemment

caractéristique, qui va se produire invariablement à chaque paroxysme, ce sont des sueurs profuses d'une abondance vraiment surprenante, qui inondent les linges et les draps du lit et en nécessitent le changement à chacun de leurs retours. Après l'accès de fièvre initial il y a une apyrexie complète qui dure généralement jusqu'au lendemain, mais la céphalalgie persiste avec une violence extraordinaire.

Dès la fin du premier accès, on observe un symptôme très important à connaître parce qu'il peut facilement égarer le diagnostic; c'est une modification du facies, qui devient de tous points semblable à celui de la rougeole à son début. Ce facies persiste pendant toute la première période, que M. Jaccoud désigne sous le nom de période d'intermittence initiale, laquelle peut varier de quatre à huit jours. Cette période est, en somme, caractérisée par des accès de fièvre séparés par de l'apyrexie, de la céphalalgie, de l'insomnie et ce facies particulier. Il y a cependant des cas moins nets où l'apyrexie est moins complète et dans lesquels il y a un fond fébrile continu sur lequel se détachent les accès quotidiens; mais on n'observe jamais dans le premier septénaire l'abattement précoce de la forme commune.

Dans les cas types, la conversion de la fièvre intermittente en continue rémittente marque le début de la seconde période; quoique la fièvre soit alors continue, elle diffère de la fièvre de la dothinentérie vulgaire parce qu'elle conserve des allures paroxystiques extrêmement accusées. Il y a alors dans chaque période de vingt-quatre heures au moins trois accès, et il n'est pas rare d'en rencontrer quatre ou même cinq; ces accès sont faciles à constater, non seulement par l'exploration thermométrique, mais parce qu'ils s'accompagnent de frissons, de tremblement, de refroidissement périphérique, et surtout de sueurs profuses qui ne manquent jamais et qui sont le caractère fondamental de cette forme morbide. Les heures des accès n'ont d'ailleurs absolument rien de régulier; l'élévation de température résultant de l'accès varie entre quelques dixièmes et deux degrés.

La période d'état dure en général trois semaines, rarement moins, souvent plus; pendant ce temps la fièvre reste continue rémittente, mais le nombre des accès diminue et tombe à deux dans le courant du troisième septénaire.

La troisième et dernière période est nettement intermittente comme la première, et dure environ un septénaire; le caractère sudoral du paroxysme persiste jusqu'à la fin; souvent même, les sueurs profuses se produisent encore après le début de la convalescence, alors même qu'il n'y a plus de température fébrile.

Telle est la marche générale de la maladie, mais il y a d'autres points qui la font différer d'une façon encore plus nette de la forme vulgaire: tout d'abord, quels que soient le degré et la durée de l'hyperthermie, il n'y a jamais de symptômes cérébraux, réserve faite de la céphalalgie du début: pas de stupeur, pas de délire, pas de somnolence, pas de vertige.

Les phénomènes intestinaux manquent totalement; la langue reste nette et humide. Les déterminations broncho-pulmonaires font défaut; quant aux urines, elles ne paraissent jamais contenir d'albumine. Enfin on observe d'une façon constante des sudamina, comme on pouvait le prévoir en raison de l'abondance des sueurs, et les taches rosées se montrent à peu près dans tous les cas, bien que paraissant plus fu-

graces que dans les formes ordinaires. Les hémorrhagies intestinales paraissent aussi relativement fréquentes.

On peut donc dire qu'à part la tuméfaction de la rate, l'éruption rosée et l'hémorrhagie intestinale, quand elles se montrent, toute la maladie est dans la fièvre; le malade ne présente à aucun moment l'aspect typhique, et lorsque la période de la céphalalgie et de l'insomnie est passée, il n'est plus qu'un simple fébricitant dont les forces diminuent proportionnellement à la durée et au degré de la fièvre, et à l'abondance des pertes sudorales. L'amaigrissement a lieu, mais il est tardif, et toujours moins prononcé, sans comparaison, que dans la forme ordinaire. La durée enfin peut atteindre jusqu'à quatre-vingt dix jours et au delà. Malgré cela le pronostic de cette forme paraît être bénin. Il faut reconnaître cependant que la thérapeutique peut l'aggraver, car il n'est pas rare de voir le médecin, trompé par les apparences, croyant avoir affaire à une affection paludéenne, administrer la quinine à des doses qui peuvent être nuisibles; et ce qui démontre précisément que cette affection ne peut nullement être considérée comme étant une des formes de la malaria, c'est que ce médicament n'a aucune action sur la température des malades, ainsi qu'on le voit, par exemple, dans la subcontinue palustre qui, par son aspect clinique, se rapproche beaucoup de la fièvre typhoïde commune.

L'étiologie spéciale de cette forme de fièvre typhoïde est encore obscure : on sait seulement qu'elle est assez commune dans l'Italie méridionale, et Borelli a fait cette remarque qu'elle n'a commencé à se montrer à Naples qu'après l'établissement de nombreux égouts qui, au lieu d'assainir la ville comme on l'espérait, ont accru l'insalubrité de certains quartiers, par suite de vices de construction. Parmi les cas d'origine parisienne observés par M. Jaccoud, l'un parait présenter cette condition étiologique particulière. Il est donc vraisemblable que cette forme nouvelle et spéciale de fièvre typhoïde reconnaît pour cause des influences nocives afférentes à l'hygiène des localités et non pas des conditions climatériques ou telluriques. Un dernier point sur lequel insiste M. Jaccoud est ce fait que dans les formes ordinaires de la fièvre typhoïde on peut retrouver à l'état d'ébauches quelques-uns des traits distinctifs de cette nouvelle forme, comme les accès quotidiens, les inégalités de température, les sueurs, ce qui démontre que le contraste entre la forme commune et la forme napolitaine n'est pas aussi brusque, aussi imprévu qu'on pourrait le croire tout d'abord —*Abeille médicale.*

Sur le thorax des tuberculeux.—Dans un intéressant travail sur ce sujet, le *Lyon médical* publie un article de M. Truc, qui se termine par les conclusions suivantes :

1o L'examen général du thorax mérite l'attention du médecin dans l'appréciation de la valeur physiologique des sujets. Cet examen peut être utilisé pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose au début;

2o Le tuberculeux présente habituellement un type thoracique spécial, caractérisé essentiellement par une atrophie générale et une physionomie particulière de la poitrine;

3o L'atrophie générale du thorax se reconnait *de visu* et surtout par les mensurations multiples portant sur les principaux diamètres de la

poitrine; sa physionomie particulière est déterminée principalement par le rétrécissement de la partie inférieure et par la faible étendue de l'axe xyphoïdien.

4o On rencontre deux formes principales de thorax tuberculeux : la première, fréquente, habituelle, présente un type canoïde aplati, à base supérieure ; la deuxième, plus rare, offre un type ellipsoïde arrondi.

5o Le thorax tuberculeux appartient surtout au phthisique héréditaire ; on le rencontre aussi sur des sujets à tuberculose exclusivement périphérique et sur d'autres non tuberculeux, mais de constitution faible, de résistance organique suspecte.

6o Il est quelquefois acquis, mais il semble souvent essentiel, primitif, originel, résultant probablement de certains états diathésiques chez les ascendants.

7o Le thorax tuberculeux, indiquant une prédisposition à l'infection bacillaire, demande un traitement prophylactique hâtif et prolongé. Indépendamment de la médication pharmaceutique, ce traitement consistera dans une alimentation soignée, la vie au grand air et des exercices méthodiques.

PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALES.

Epithélioma de la commissure des lèvres. — Clinique de M. le professeur TRÉLAT à l'hôpital de la Charité.—Nous allons débarrasser tout à l'heure un vieillard de 60 ans d'un épithélioma des deux lèvres, puisque la tumeur occupe la commissure droite. En deux mots, voici comment les événements ont marché. Il y a dix-huit ans que ce brave homme a vu un petit bouton dont, pendant un certain temps, il ne s'est pas préoccupé. Puis, comme l'élevure grossissait, il est allé consulter différents médecins. On lui a appliqué des pommades qui, naturellement, n'ont rien fait. Enfin, il y a deux mois, cette petite tumeur s'est mise à prendre un développement si rapide qu'actuellement on trouve un énorme champignon, à surface grenue, qui sent horriblement mauvais, et qui saigne facilement.

Au point de vue du diagnostic différentiel, je n'ai rien à vous dire. Aucune autre espèce d'altération, en effet, ne pourrait être prise pour cet épithélioma que je vous engage fortement à examiner, car il présente tous les caractères classiques.

Quant à l'étiologie, nous la retrouvons et dans l'âge et dans la profession. Cet homme a 60 ans et est vigneron de son état. Il n'appartient pas, c'est vrai, à la classe inférieure, mais il n'est pas non plus de la crème de la société.

Ceci dit, j'ai maintenant à vous donner d'autres renseignements sur les lésions secondaires qu'a provoquées cet épithélioma. En effet, si nous faisons une enquête sur l'état des ganglions, nous ne tardons pas à trouver dans la région sous-maxillaire droite un ganglion, de la grosseur d'une noisette, qui paraît mobile. Quand est-il venu ? je n'en sais rien ; en tout cas, c'est un ganglion indolent, pierreux, et par conséquent sûrement spécifique. Du reste, qu'il ait la même nature histologique que la tumeur ou qu'il soit simplement inflammatoire, peu importe. En pratique, vous devez les enlever l'un comme l'autre, parce

que, s'il est sympathique, l'opération n'aggravera pas beaucoup l'état du malade, tandis que, s'il est spécifique, vous débarrasserez l'individu d'une cause qui pourrait l'enlever tôt ou tard. Si nous poursuivons notre enquête, nous ne tardons pas à trouver dans la région sus-hyoïdienne du même côté un autre ganglion de la grosseur d'un grain de millet, et, dans la région sous-maxillaire gauche, au niveau de la carotide, quelques tuméfactions si petites qu'elles sont sans importance.

Voilà l'histoire de ce brave homme ; voyons maintenant ce que nous pouvons lui faire. Et tout d'abord, qu'il faille intervenir ! la chose n'est pas douteuse, parce que, si on l'abandonne à lui-même, vous savez tous qu'une mort épouvantable l'attend: Par conséquent, la seule chose que nous ayons à nous demander est la suivante : une opération est-elle possible ? Localement, oui, parce que l'extension du mal aussi bien sur la peau que sur la muqueuse n'est pas assez considérable pour ne pas nous permettre de réparer la brèche ; parce que les ganglions, le sous-maxillaire comme le sus-hyoïdien, sont enlevables, et parce que, somme toute, nous pouvons faire une opération complète. Maintenant, du côté de l'état général, existe-t il quelques contre-indications ? Pas davantage ; les viscères n'offrent aucune lésion, cet homme est sain et, à part un peu d'athérome, n'a rien d'appréciable au cœur. Je suis très heureux de constater cette absence de lésion au cœur, parce que M. Verneuil m'a montré, avec trois observations à l'appui, que, dans le cas contraire, on pouvait voir parfois à la suite d'une opération à la face le malade mourir subitement. Pour mon propre compte, du reste, j'en possède une observation. Il s'agit d'un homme qui, deux jours après que je lui eus fait l'ablation d'un cancer de la langue, mourut subitement en lisant son journal.

Il est donc bien entendu que nous allons opérer ce malade ; comment ? Le voici : nous enlèverons la totalité de la tumeur en ayant soin de dépasser ses limites. Cela fait, pour rapprocher, le plus facile serait de recoudre les parties de bas en haut ; mais, comme en agissant de cette façon la bouche se trouverait reportée du côté gauche de la figure, nous tâcherons de la rapprocher autant que possible du côté droit de la face. Du reste, une chose me rendra beaucoup plus aisée cette manière de faire. Lorsque j'enlèverai, en effet, le ganglion sous-maxillaire, j'aurai une plaie qui me rendra la peau plus lâche. Ce n'est pas tout ; il est très probable que la glande sous-maxillaire y passera aussi de façon à ce que je puisse examiner les autres ganglions, afin d'être bien sûr de ne rien laisser.—*Praticien.*

Du mode d'action du sous-nitrate de bismuth dans le pansement des plaies.—Nous signalons une excellente communication de MM. Gosselin et Héret à l'*Académie des sciences* (septembre 1885). Il s'agit d'un modificateur local, sinon nouveau, du moins nouvellement étudié à ce point de vue, nous voulons parler du sous-nitrate de bismuth. On sait que ce médicament a pour effet de diminuer l'écoulement sanguin post-opératoire. Dans la plupart des opérations faites sur des cobayes et des lapins, les auteurs ont noté l'absence d'écoulement par les intervalles des points de suture et l'absence d'épanchement appréciable derrière ces sutures : sur près de la moitié des animaux, ils ont obtenu une réunion immédiate absolue. Le sous-nitrate de bismuth, sans être coagulant par lui-même, le devient par l'acide nitrique qui

l'abandonne; mis en contact avec des surfaces traumatiques toujours humides, il laisse dégager son acide sur l'embouchure des capillaires qui y sont ouverts. Outre cette action coagulante, il possède une action astringente due tout à la fois à l'acide azotique naissant et à l'oxyde de bismuth, une action germicide et une action sédative spéciale. Ce sel doit être préféré à l'hydrate de bismuth qui n'a pas l'action coagulante et constrictive due à l'acide : il peut être employé soit en poudre, soit par arrosement au 1/50.

La communication est très intéressante à deux points de vue. D'abord pour les résultats qu'elle consigne, ensuite parce qu'elle nous paraît quelque peu battre en brèche les théories microbiennes avec lesquelles on explique trop facilement tous les résultats constatés depuis quelque temps.

Elle vient encore à son heure, l'iodoforme présentant des inconvénients puissamment mis en relief par les savants italiens réunis à Pérouse, et répondant à une communication de leur confrère, M. Simoncini.

M. Chercherelli rapporte un cas de méningite aiguë diffuse qu'il attribue à un empoisonnement par l'iodoforme, à la suite d'un évidement pour tuberculose du calcanéum.

M. Caselli a vu deux cas d'empoisonnement, l'un à la suite d'une plaie de la main, l'autre après une amputation du col utérin ; les deux malades présentèrent des phénomènes de surexcitation et succombèrent au marasme.

M. Cicci a vu un empoisonnement, heureusement dissipé, consécutif à l'emploi de moins d'un demi-gramme d'iodoforme. Il fait remarquer que cet accident ne dépend pas de la quantité de l'agent médicamenteux, mais de la fréquence du renouvellement du pansement.

M. Ferrari a fait beaucoup d'expériences sur des liquides putrescibles (urine) et sur la viande fraîche, et il a reconnu que l'iodoforme à 5 0/0 ou 50 0/0 n'exerce aucune influence sur les phénomènes de putréfaction. Voilà donc un antiseptique pris en défaut et reconnu inférieur au procédé dit frigorifique. Aussi M. Tassi peut-il s'écrier au même congrès, sans être contredit par ses confrères, que l'iodoforme agit mécaniquement et non antiseptiquement.—*Revue médicale.*

Traitement de l'érysipèle.—Signalons encore, parmi les communications présentées à la *Société médicale de Pérouse*, celle de M. Amici, qui offre un intérêt beaucoup plus étendu, et rentre absolument dans le thème que nous développons en cet article : la médecine progresse en se faisant chirurgicale.

Les travaux des anatomo-pathologistes, dit l'auteur, nous ont appris que, dans l'érysipèle, les lymphatiques sont envahis par le processus bien au delà de la zone couverte par l'exanthème ; c'est en m'inspirant de cette idée que je suis arrivé à constituer un traitement abortif et réellement efficace de cette grave complication. Seulement, au lieu de me contenter de dépasser les limites du mal de 2 ou 3 centimètres, je les dépasse de 20 à 30 centimètres, convaincu que le système lymphatique offre déjà une certaine atteinte à cette distance des foyers. Je me sers de solutions phéniquées assez concentrées pour amener un érythème phéniqué ; sur la cuisse, par exemple, quand la jambe commence à être envahie, ces solutions forment une barrière antiseptique aux microbes pathogènes.

Voilà déjà, on le voit, une façon chirurgicale de traiter une maladie parfois médicale.

Mais où la supériorité du procédé chirurgical devient évidente, c'est dans la circonstance suivante, rapportée par M. Caselli, répondant à la communication de son confrère Amici.

En 1870, dit-il, je soignais une femme pour une synovite du poignet et lui faisais faire des badigeonnages iodés ; une variole étant survenue, je remarquai que l'éruption épargnait tous les points touchés par l'iode. Depuis, j'ai fait faire des badigeonnages sur la face au début de toutes les varioles que j'ai eu à soigner, et j'ai vu la face presque complètement préservée. Les faits de notre confrère Amici sont d'accord avec cette observation et je les accepte, tout en faisant des réserves sur la théorie.

Il a bien raison, M. Caselli, de faire des réserves, car la théorie de la migration de l'érysipèle, invoquée par M. Amici, est encore loin d'être démontrée.

Nous venons de voir les hypothèses microbiennes en défaut sur le terrain des pansements, ne les admettons donc pas sans conteste sur le terrain des badigeonnages. Quoiqu'il en soit, voilà deux circonstances dans lesquelles deux maladies médicales sont améliorées, sinon supprimées, par une intervention directe et par conséquent dite chirurgicale.

Terminons cette série d'articles par l'exposition d'un petit procédé, lui aussi utile à connaître des médecins et des chirurgiens, ce sera notre dernière démonstration de la parenté des deux ordres de sciences médicales.—*Revue médicale.*

Pansement des brûlures, par M. B. Meurisse.—La baudruche a été recommandée pour divers pansements, il faut encore signaler les avantages qu'elle procure dans le pansement des brûlures et dans celui des vésicatoires.

1° Dans le pansement des brûlures, tout praticien connaît les douleurs et les difficultés des pansements au papier avec le liniment oléo-calcaire ou avec la ouate.

Le papier se sèche, casse, devient adhérent, malgré la couche de liniment interposé ; avec la baudruche, tous ces inconvénients disparaissent. J'ai eu l'occasion, depuis plusieurs mois, d'avoir à panser des brûlures chez des enfants et j'ai établi un pansement différent ; chez l'un, un pansement au papier, avec liniment oléo-calcaire ; chez un second, d'abord, pansement au papier, puis à la baudruche ; chez un troisième, pansement à la baudruche.

Les résultats de ce pansement chez ce dernier enfant étaient tellement satisfaisants (absence de douleurs, commodité du pansement, etc.), que les parents du deuxième, ayant eu connaissance des résultats de ce pansement à la baudruche, le réclamèrent pour leur enfant. Celui-ci, qui criait, pleurait à chaque pansement et dont les plaies étaient très enflammées, supporte aujourd'hui son pansement avec calme ; la plaie est moins vive ; en un mot plus de tiraillements, de saignements, comme dans le pansement avec le papier.

Il suffit, pour conserver la baudruche, de la laver à l'eau froide à chaque pansement, et la même peut servir, enduite de liniment oléo-calcaire, pendant cinq à six semaines. Ce pansement est donc, en même temps, moins douloureux, plus facile et plus économique.

2° Beaucoup de malades redoutent ou refusent l'application des vésicatoires par la crainte des pansements consécutifs, que ceux-ci soient faits avec le papier, la ouate ou tout autre agent. Avec la baudruche, ces pansements ne sont plus à craindre; plus de tiraillements ni de douleurs; la baudruche enduite de cérat ou de tout autre corps gras, se décolle presque seule; il suffit de la soulever par un coin; elle tombe alors presque d'elle-même. Le malade n'a plus à craindre que l'application du vésicatoire : il ne redoute plus les pansements.—*Revue médicale.*

Pansements au sucre; résultats obtenus dans le service du professeur Lucke, de Strasbourg, par le docteur F. Fischer.—Le pansement au sucre, dont il a déjà été question dans ce journal, paraît avoir donné des résultats exceptionnellement satisfaisants dans le service de clinique chirurgicale du professeur Lücke, à Strasbourg, d'après les renseignements fournis par M. F. Fischer, assistant de M. Lücke. Voici quelques détails sur cette intéressante question :

Depuis le mois d'avril 1873, le sublimé a été substitué à l'acide phénique pour la désinfection des plaies, dans le service de M. Lücke. Le sublimé en solution au 1/100e a été très bien supporté par les enfants, contrairement à ce qui a lieu avec l'acide phénique, moins bien par les adultes : chez ces derniers, on a observé assez souvent des irritations légères des gencives, voire, dans quelques cas, une stomatite violente qui cédait, il est vrai, à des gargarismes au chlorate de potasse. Deux opérés ont été pris de selles sanguinolentes. Dans un cas (amputation de la cuisse), l'opération a été suivie d'une néphrite hémorrhagique qu'on crut devoir attribuer à l'emploi du sublimé. Aussi, pour les lavages des grandes plaies anfractueuses, en particulier pour l'opération de l'empyème, et lorsqu'il existait des signes d'une irritation rénale, on délaissait le sublimé pour le permanganate de potasse (solution forte). A la suite des lavages au sublimé, on a observé encore une modification de l'urine, qui n'avait pas été signalée jusqu'alors : elle consiste dans une coloration rouge de ce liquide qui devient en même temps trouble et fluorescent. Ce changement d'aspect se manifeste quarante-huit heures après l'opération, persiste en son plein pendant trois jours, pour ne disparaître complètement qu'au bout d'un septenaire environ. Des analyses faites par le professeur Hoppe-Seyler ont démontré que cette coloration rouge de l'urine était due à une augmentation de la quantité d'urobiline en suspension dans cette humeur; M. Fischer a, d'autre part, acquis la preuve qu'elle était une conséquence de l'élimination du sublimé.

Entre autres avantages reconnus à l'emploi du sublimé, M. Fischer mentionne d'une façon spéciale la diminution du nombre des érysipèles. Cette complication n'a été observée que deux fois en l'espace de dix-huit mois; un troisième opéré a été pris d'érysipèle de la face le vingt-sixième jour après une amputation, une érosion avait servi de porte d'entrée au mal. Ces trois cas d'érysipèle sont survenus à une époque où bon nombre de cas d'érysipèle (médical) étaient en traitement à l'hôpital de Strasbourg.

Pour le pansement consécutif, on a employé, dans les premiers temps, de la gaze imprégnée de sublimé et, un peu plus tard, le sucre. Après avoir rappelé un certain nombre de faits qui montrent que de

tout temps on a connu et mis à profit les propriétés antifermentescibles du sucre, M. Fischer décrit, de la façon la plus minutieuse, la technique adoptée par M. Lücke pour assurer l'antisepsie chirurgicale.

Les instruments sont plongés dans une solution d'acide phénique à 5 %, pendant une demi-heure; les mains sont désinfectées avec cette même solution. Le spray est réservé pour certaines opérations, telles que les laparotomies. La plaie opératoire est épongée, souvent irriguée avec la solution de sublimé. La désinfection des éponges est faite avec une rigueur particulière (une nuit durant, elles séjournent dans de l'eau courante; pendant huit jours, dans une solution phéniquée (5 pour 100), qui est renouvelée tous les deux jours). Le drainage, quand il y a lieu, est pratiqué avec des tubes en caoutchouc déposés pendant huit jours dans une solution phéniquée à 5 o|o. Les sutures et les ligatures sont faites exclusivement avec de la soie qu'on a fait préalablement bouillir pendant deux heures dans une solution phéniquée de même titre. Une fois l'opération terminée, on applique sur la plaie un sachet de sucre confectionné de la façon suivante: sur un morceau de carton recouvert d'une feuille de gutta-percha, on étale un morceau de mousseline dégraissée, de dimensions convenables. On verse par dessus du sucre en poudre très fine, qu'on tasse de façon à former une couche de un demi centimètre d'épaisseur; cette couche doit occuper en largeur une étendue suffisante pour déborder la plaie de 2 centimètres en tout sens. On replie les bords de la mousseline, et le sachet ainsi obtenu est fixé sur la plaie au moyen d'une épaisse couche de mousseline dégraissée, le tout recouvert d'une feuille de gutta-percha; les bords du pansement sont garnis de ouate. Autant que possible, le pansement est laissé en place pendant six à huit jours; il est levé plus tôt si la fièvre s'allume, ce qui est tout à fait exceptionnel; une fois les drains raccourcis et les sutures enlevées, on applique un nouveau sachet de sucre, confectionné comme le premier. Quand il existe une perte de substance de la peau, le sucre en poudre est appliqué directement sur la plaie.

Sous ce pansement, les plaies présentent un aspect des meilleurs; les téguments de voisinage ne sont point irrités. Dans quelques cas, où la sécrétion était très abondante, il est survenu de l'eczéma. Presque toujours, la cicatrisation s'est effectuée sans fièvre; très rarement, la température interne des opérés s'est élevée le soir jusqu'à 39° et au-dessus, beaucoup plus souvent, le second et le troisième jour après l'opération, à 38° et quelques dixièmes. La couche de sucre se laisse facilement imprégner par le pus; quand ses limites sont débordées, il faut appliquer un sachet de sucre supplémentaire, au point où le pus fait irruption. Les fils de suture s'accolent ordinairement à la gaze qui sert d'enveloppe au sachet, mais on les détache facilement, sans causer de douleurs aux malades.

Sur 202 opérés qui ont été pansés au sucre, 5 sont morts: l'un, une femme, d'un érysipèle survenu à la suite de l'amputation d'un sein cancéreux; un autre, d'une néphrite hémorrhagique; deux autres ont succombé à la phthisie pulmonaire; enfin une jeune fille, amputée en plein stade septique, est morte dans le cours de l'opération.

M. Fischer a joint à son travail des tableaux schématiques et des observations détaillées, qui permettent de se faire une idée exacte de l'influence que le pansement au sucre exerce sur le processus de cica-

trisation. Ces documents ne se prêtent pas à une analyse rapide; nous nous contenterons d'en détacher le tableau suivant, qui fournit des éléments d'appréciation comparative sur la durée moyenne de la cicatrisation à la suite des grandes amputations pratiquées dans un certain nombre de services de chirurgie, en Allemagne :

	Bras.	Avant-bras.	Cuisse.	Jambe.	Amputation du pied.
Wœlfler, Vienne	21 jours.	23	61	42	61
Oberst.....	14-21	14-21	28-35	21-28	—
Balzer.....	28	22	42-56	28-35	—
Neuber.....	22	24	28	28	—
Cramer.....	24	25	27	29	13
Lücke.....	20	16	22	19	29

Nous ajouterons que le total des grandes amputations, à la suite desquelles on a employé le pansement au sucre dans le service de M. Lücke, s'élève à 37. Sur ce nombre, on compte deux cas de mort. Trois fois le processus de cicatrisation a été troublé par des complications intercurrentes; trente et une fois la cicatrisation s'est faite par première intention; dix-sept fois il n'y a pas eu le moindre mouvement fébrile. Le plus souvent, on a eu recours à l'application de la bande d'Esmarch; lambeau circulaire dans le plus grand nombre des cas. Enfin, détail intéressant à noter, la plupart des grandes amputations ont été pratiquées par des étudiants attachés au service de M. Lücke. —E. Ricklin, in *Gaz. méd. de Paris.*

PÆDIATRIE.

Etiologie et pathogénie des oreillons.—Clinique de M. le docteur Ollivier à l'hôpital des Enfants-Malades.—Je vais profiter de deux cas d'oreillons qui se sont présentés à ma consultation pour vous dire quelques mots sur l'étiologie et la pathogénie de cette affection. Mon intention est surtout de vous démontrer pourquoi cette maladie est contagieuse. Il y avait déjà bien longtemps que les observateurs cherchaient à résoudre cette question, mais sans succès, lorsque les recherches de MM. Capitan et Charrin, qui furent communiquées à la Société de biologie, le 28 mai 1881, vinrent changer la face des choses. Ces recherches, sanctionnées depuis par M. Bouchard, portèrent sur la salive, le sang et l'urine. Chez treize malades, MM. Capitan et Charrin trouvèrent dans la salive et dans le sang des petits bâtonnets de 2 à 3 millièmes de millimètre et des micrococcus. Quant à l'urine, sauf dans un cas, elle ne renfermait rien. Comment cela se fait-il? Je vous avoue qu'il me serait difficile de vous l'expliquer. Quoi qu'il en soit, ces micro-organismes, cultivés dans le bouillon de Liebig, se développèrent à merveille. L'inoculation, par contre, fut toujours sans résultats. Cela tient-il à ce que les animaux sont réfractaires, car la chose n'a pas encore été tentée sur l'être humain, et pour cause? La question est à démontrer. Beaucoup de points sont donc encore à éclaircir; malgré cela, je veux, dès aujourd'hui, vous faire part de ce que j'ai trouvé chez trois enfants que le hasard m'a permis d'examiner.

Le premier, qui appartient à ma clientèle privée, est un garçon de

11 ans, un peu lymphatique, que j'avais déjà soigné en mars dernier pour une rougeole. De retour, le 15 avril, à sa pension où deux cas d'oreillons s'étaient produits, ce n'est que le 5 mai, c'est-à-dire vingt jours après, qu'il fut pris de courbatures, et qu'on constata un gonflement au niveau de la parotide gauche. Le lendemain, l'enfant me fut présenté. A part la tuméfaction qui existait la veille, je ne trouvai rien autre chose, pas même de ganglions engorgés. Le 7, par exemple, la mastication devint gênée, et, à l'angle de la mâchoire, existaient deux ganglions tuméfiés. Le nombre de pulsations était de 100, et la température de 38°5. Quant à l'examen de la bouche et de la gorge, il ne révélait ni rougeur, ni gonflement des amygdales. Le 11, tandis que le côté gauche diminuait, le droit commença à se prendre. Le 12, au gonflement de la parotide droite s'était ajoutée une adénopathie. Les choses, néanmoins, ne tardèrent pas à s'améliorer, et, particularité intéressante, bien que mon jeune malade ait toujours continué à s'alimenter et à travailler, il pâlit toujours notablement, et présenta un souffle anémique qui, depuis, a disparu.

Bien que, chez cet enfant, la salive et l'urine aient été recueillis sans précautions; bien que l'examen n'ait été fait que plusieurs heures après, les résultats, néanmoins, ont été plus que satisfaisants. On trouva, en effet, le 2 mai, dans la salive, outre un certain nombre de cellules épithéliales dégénérées, une grande quantité de micrococcus isolés ou réunis deux à deux, et des petits bâtonnets semblables à ceux décrits par MM. Capitan et Charrin, avec cette différence, toutefois, que ces micro-organismes n'étaient pas mobiles. L'urine, qui était colorée, à réaction neutre, et sans albumine, renfermait des micrococcus et des bâtonnets de même espèce. Il me resterait encore, pour que mon examen fût complet, à vous parler du sang. Malheureusement, cette étude n'a pu être faite, le père s'étant opposé à ce qu'on en retirât une seule goutte. Un deuxième examen, pratiqué le 17 mai, fournit les mêmes résultats. Enfin un dernier, fait le 20, alors que les oreillons disparaissaient, permit de constater que le nombre des éléments avait considérablement diminué.

Depuis cette époque, deux autres cas se sont présentés. C'est d'abord un enfant d'une bonne santé habituelle qui avait été pris de gonflement au niveau de la parotide gauche le premier juin. Dès son arrivée à notre consultation, deux jours après, c'est-à-dire le 3 juin au matin, nous constatâmes que la région parotidienne était douloureuse à la pression. A part cela et quelques picotements au même niveau, il n'existait ni coloration anormale de la bouche, ni gonflements ganglionnaires. L'appétit et le sommeil, de plus, ont toujours été excellents, et aujourd'hui, 8 juin, on ne trouve plus que quelques traces de la tuméfaction. Quant au deuxième, le plus grand, quelques picotements, le 2 juin, au niveau de la joue droite, l'ayant engagé à se regarder dans une glace, il constata que cette partie de sa figure était enflée. Ici encore, quoi qu'en dise M. Bouchut, la maladie est restée unilatérale.

Chez ces deux sujets nous avons pu examiner non-seulement la salive et l'urine, mais encore le sang. Dans ces trois liquides on a constaté la présence de micrococcus isolés ou adossés, et l'existence des bâtonnets. En résumé, la découverte de MM. Capitan et Charrin, plusieurs observations et nos propres recherches nous autorisent à supposer qu'il existe dans les oreillons un agent infectieux, bien que cette hypothèse

n'ait pas encore reçu la sanction de la reproduction par l'inoculation sur les animaux, et nous permettent d'aborder enfin une question sur laquelle on a tant discuté depuis Hippocrate, à savoir la pathogénie de cette affection.

Après avoir fait jouer un grand rôle au froid, à la diathèse rhumatismale (Bergeron), à la stomatite (Noël Guéneau de Mussy), je crois qu'il est bien plus simple de considérer les oreillons comme une maladie infectieuse engendrée par un agent spécifique. Il y a déjà bien longtemps, du reste, que cette assimilation avait été faite par Trousseau et par Laveran, mais, pour ainsi dire, sans démonstration. Quoi qu'il en soit, aujourd'hui que la réalité des faits a succédé à l'hypothèse, on peut tenter, malgré les nombreuses lacunes qui existent encore, une conception nouvelle. La contagion, en somme, ne peut guère s'introduire que par deux voies. Ou bien, comme pour la variole, la scarlatine....., par les voies aériennes ou par les lymphatiques de la bouche, des intestins, et même de la surface du corps. Le gonflement de la glande parotide reste alors, dans ce cas, un accident local, de même que l'inflammation des plaques de Peyer, dans la fièvre typhoïde, et que les éruptions cutanées dans la rougeole, la scarlatine... Ou bien, par le canal de Sténon (les canaux des autres glandes salivaires étant trop étroits), pour s'infiltrer dans la parotide, et de là pénétrer dans tout le système lymphatique.

Maintenant, avec cette théorie, nous pouvons expliquer certains symptômes, et comprendre que, suivant le nombre des micro-organismes, l'intensité de la maladie sera plus ou moins grande. Prenons, par exemple, l'orchite. Il existe entre la parotide d'une part, le testicule et les ovaires d'autre part, quelque chose de frappant; c'est une sympathie très nette qui se trouve démontrée par la physiologie et par la clinique. On sait, en effet, que sous l'influence des mêmes excitants la sécrétion de la salive ainsi que celle du sperme augmente. De plus, il est assez commun de voir des enchondrômes se développer dans la parotide et dans le testicule. Cela, toutefois, n'est pas suffisant pour expliquer l'orchite; il faut donc, par conséquent, chercher une autre cause, à savoir les micro-organismes qui affectent surtout les tissus glandulaires. Mais, me direz-vous, pourquoi n'observe-t-on pas cette manifestation chez l'adulte ? C'est tout simplement parce que cet organe fonctionne beaucoup à cet âge. On a signalé, également, la présence de l'albumine dans les urines, l'anasarque, certaines maladies du cœur, la cystite, des artnropathies.... Comment serait-il possible d'expliquer ces faits si l'on considérait les oreillons comme une maladie purement locale ? Je sais bien que les anticontagionnistes prétendent qu'il ne s'agit, tout simplement, que d'une manifestation rhumatismale. A cela nous répondrons que les choses doivent se passer ici comme elles se passent dans la scarlatine, la variole.... Certainement on voit des épidémies, mais elles présentent toutes un caractère particulier; c'est que les cas ne se développent pas simultanément. L'influence du refroidissement n'a donc rien à voir ici, car il est certain qu'une pareille cause devrait agir immédiatement et non successivement, sur tous les individus exposés.

Vous voyez donc qu'en somme, aujourd'hui, il faut modifier nos idées sur une maladie qui a exercé la sagacité des médecins passés. Ces recherches nous permettent de comprendre comment la contagion peut se propager après la cessation des accidents. Reste encore à découvrir

le moment où l'agent infectieux cesse d'être éliminé par l'économie. Malheureusement, ce qui a été fait pour les poisons minéraux par Orfila, n'a pas, jusqu'ici, été réalisé pour les poisons organiques.— *Praticien.*

Rétention d'urine chez un enfant de 6 mois. — M. Arnozan (de Bordeaux), dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, signale un fait de rétention d'urine chez un enfant de 6 mois, accident assez rare. Cet enfant, d'ailleurs bien constitué, qui habituellement rendait une urine abondante, n'avait pas uriné depuis trente-six heures; il crie et vomit, fait de fréquents efforts; on sent à l'hypogastre le globe vésical dur et volumineux. Les testicules sont rétractés vers l'abdomen et manquent dans les bourses. La verge, le périnée, l'hypogastre ne présentent rien à signaler. Le cathétérisme, pratiqué sans difficulté avec la plus petite sonde en gomme élastique de la filière Charrière, donne issue à 130 grammes d'une urine limpide, mais très foncée. L'enfant, aussitôt après, tette et s'endort. Le soir, nouveau cathétérisme amenant une quantité d'urine à peu près égale.

Au bout de deux ou trois jours, l'urine devint légèrement purulente; le cathétérisme dut être continué pendant une dizaine de jours. A ce moment, la miction arriva progressivement à se faire spontanément. L'enfant avait pris chaque jour un peu de bromure de potassium. Il fallut revenir encore une fois au cathétérisme, puis tout rentra définitivement dans l'ordre. L'enfant s'est très bien développé depuis; cependant, il n'est pas rare de le voir éprouver de la difficulté à uriner au sujet de la moindre indisposition, mais d'une façon très passagère.— *Paris médical.*

Cure de la paralysie infantile par l'électricité, par le Dr Dive, in *Los Avisos*, d'après l'*Archivio di patologia infantile.*

Dans un remarquable mémoire sur la paralysie infantile, le Dr Dive assigne à l'action du froid une part importante dans l'étiologie de ce processus morbide.

Parmi les 140 observations qui forment le substratum de cette thèse, l'auteur a rencontré 37 fois l'influence manifeste du froid ; dans 19 cas, la maladie s'est déclarée au cours d'une fièvre typhoïde ; dans 9 cas, il existait des tares nerveuses héréditaires ; dans 3 cas les parents étaient adonnés aux boissons alcooliques, les 13 autres cas étaient des récidives de la paralysie infantile elle-même.

L'auteur croit que le meilleur moyen de traitement consiste dans l'application de l'électricité, en combinant les courants galvaniques avec les faradiques. Les courants galvaniques peuvent, à eux seuls, guérir la maladie prise à son début.

Il faut nécessairement se servir d'une pile à courant constant et de faible action chimique et faire passer le courant descendant à travers la moelle, pour agir sur le siège même de la lésion, qui réside dans les cornes antérieures, et cela dès les premières semaines.

Par la suite, les muscles paralysés et atrophiés seront soumis à l'action des courants faradiques, et, dans la même séance, on appliquera immédiatement les pôles d'un courant continu, le pôle positif sur la colonne vertébrale, au niveau de la lésion, et le pôle négatif sur le trajet

des nerfs qui se rendent aux muscles atrophiés. A la fin, pendant les trois dernières minutes de chaque séance, il faut appliquer sur la colonne vertébrale les deux pôles du courant continu. Les applications doivent se suivre de deux jours l'un.—*Revue des maladies de l'enfance*.

De l'importance de l'isolement de cas légers ou douteux de scarlatine, par le Dr Cameron, in *The Lancet.*

L'auteur a été conduit à examiner ce sujet avec attention par ses fonctions d'officier de police médicale.

Tandis qu'il y a unanimité parmi les médecins sur la conduite à suivre dans les cas graves et bien caractérisés de scarlatine, on est trop porté à négliger les mesures d'isolement dans les cas légers ou douteux. C'est souvent ainsi que commencent les épidémies, surtout dans les groupes scolaires. On a trouvé, à l'école, des enfants en pleine période de desquamation, qu'on avait séparés peut-être un jour ou deux pendant l'éruption. Il y en a qui ne manquent pas, même un jour, l'école pendant tout le cours de la maladie, et beaucoup d'autres enfants attrapant la scarlatine dans ces conditions, en sont morts.

Il arrive le plus souvent naturellement qu'aucun médecin n'est appelé et que la maladie est méconnue par les parents ; mais dans un grand nombre d'autres circonstances, il n'y a pas de doute que les parents ont bien cru avoir affaire à la scarlatine, quoique sous une forme très légère, ou qu'ils en ont admis la possibilité sans précisément la reconnaître, et qu'ils se sont débarrassés du souci de garder l'enfant, par une coupable négligence.—*Revue des maladies de l'enfance.*

De l'arthrite purulente aiguë chez les petits enfants. — Cette affection a une marche rapide dès le début. L'enfant est pris en pleine santé de fièvre et de douleurs très vives dans l'articulation qui doit être atteinte (genou, coude). En même temps, les tissus environnants sont le siège d'une violente inflammation. La fluctuation est rapidement appréciable et le seul traitement à opposer pour arriver à une guérison rapide et définitive, sans persistance de fistule ou d'ankylose, est l'incision suivie du drainage antiseptique. Le liquide qui s'écoule est abondant, composé d'un mélange de pus et de synovie. Si l'incision est retardée ou si l'affection est abandonnée à elle-même, les lésions anatomiques qui, au début, consistent en une inflammation intense de la synoviale, peuvent aboutir à des lésions du cartilage articulaire qui s'érode, s'amincit et peut disparaître. Telles sont les particularités principales de cette affection, décrite par M. Krause, chef de clinique de Volkmann, dans *Berlin. Klin. Wochensch.* L'auteur donne, en outre, la description du microbe spécial qu'il aurait découvert et qu'il rapproche du streptococcus pyogène de Rosenbach. Détail important à noter : cette affection n'a jusqu'ici reconnu aucune cause, soit locale, soit générale, en dehors de l'influence du jeune âge.—*Gaz. médicale de Nantes.*

MALADIES MENTALES.

Le folie de Riel et la justice anglaise.—L'article suivant a paru dans l'*Univers* du 10 novembre dernier, sous la signature de M. le Dr Bourque, médecin en chef de l'Asile des aliénés de Saint-Jean de Dieu (près Montréal), et de M. le Dr Gilson, chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris et attaché au service de M. le professeur Ball, à l'Asile Sainte-Anne.

Depuis quelque temps, la presse française s'est occupée avec intérêt du procès de Louis Riel, condamné à la pendaison par la justice anglaise à la suite des mouvements insurrectionnels du territoire du Nord-Ouest de la confédération canadienne. Ce procès passionne en ce moment l'opinion publique au Canada. C'est que les faits qui amenèrent Riel devant les tribunaux sont bien propres à échauffer les passions politiques et à envenimer les questions, toujours si vivaces, de nationalité. La question s'est agrandie en quelques mois, et, sous le couvert du nom de Riel, s'agitaient les intérêts et les affections de ses nombreux compatriotes. Les uns le regardaient et le regardent encore volontiers comme un héros qui s'est sacrifié à la grande cause de l'humanité. Les autres voyaient en lui un rebelle et un coupable ; aussi le poursuivaient-ils avec un rare acharnement. Mais nous, étrangers aux passions du pays, nous qui ne connaissons de son agitation que les échos lointains, nous voudrions aborder la question avec l'esprit austère de la science et n'examiner le procès de Riel qu'au point de vue de la médecine mentale.

Pour nous, Riel est un aliéné. C'est un aliéné de génie, si l'on veut, comme la pathologie mentale en compte déjà plusieurs exemples, mais c'est un aliéné, et partant, il est et doit être considéré comme irresponsable. Plusieurs journaux du Canada ont avancé la même opinion, mais le plus souvent d'une manière dubitative. C'est que Riel ne professe que sur certains points des idées insensées, et sur tous les autres il se montre d'une lucidité presque parfaite. Comment comprendre ces longs intervalles de lucidité, coupés çà et là par des discours insensés ou inintelligibles ? C'est que les personnes étrangères à la pathologie mentale se font une idée fausse de la folie et regardent celle-ci comme une longue suite d'idées incohérentes et absurdes. Elles ignorent l'existence des cas si intéressants de manie raisonnante, de monomanie, de délire partiel, avec lesquels les aliénistes français sont familiarisés depuis longtemps aujourd'hui.

Dans ces affections mentales, on voit les malades délirer sur un ou plusieurs points limités et garder sur le reste les apparences de la raison. Justement Riel est atteint de folie religieuse à forme raisonnante, et son cas, jugé à Paris, serait dès longtemps résolu. Considéré comme aliéné et comme irresponsable, il serait aujourd'hui enfermé dans une maison de santé. Les preuves de l'aliénation mentale fourmillent dans son histoire. Déjà interné il y a plusieurs années dans les asiles de Beauport et Saint-Jean de Dieu, il a donné depuis longtemps, comme l'ont affirmé les docteurs Roy (de Québec) et Clarke (de Toronto), des signes manifestes d'aliénation mentale. Les missionnaires André et Fourmond ont aussi fait le même témoignage.

Riel raconte naïvement à qui veut l'entendre qu'il est destiné à occuper les premières positions du pays. Les esprits lui ont fait des révélations particulières, il est prophète et chargé d'une mission divine. Comme chez tous les malades atteints de délire ambitieux, on rencontre chez Riel un sentiment exagéré de sa valeur, sentiment qui fait d'ailleurs sa force et lui donne une énergie presque surhumaine Plein de foi dans son œuvre, il fascinait son entourage par son éloquence et dominait ses compatriotes, qu'il avait presque fanatisés. Il fallait avoir une ardente conviction pour lutter avec quelques centaines d'insurgés contre les troupes régulières du Canada et de sa métropole.

C'est pourtant ce qu'il entreprend et, fidèle au proverbe : " Qui se ressemble s'assemble, " si souvent appliqué dans la médecine mentale, Riel s'entoure d'hommes exaltés ou fous, et son secrétaire Jackson est déclaré non coupable par la cour criminelle de Régina, comme atteint d'aliénation mentale. D'après Riel, les catholiques doivent abandonner Rome pour le suivre ; car son imagination est pleine de plans enfantins pour réformer le monde politiquement et religieusement. Il est certain, bien entendu, d'échapper à la potence ; s'il meurt, Dieu le ressuscitera, tellement sa mission est nécessaire : " Ce serait plus simple, dit-il, d'épargner à Dieu le trouble de faire un miracle. "

Un jour que Riel assistait à la messe, il entend prêcher dans un sens qui différait notablement du sien. La messe finie, Riel traverse la foule et le sanctuaire, gravit les degrés du maître-autel, s'empare du livre des Evangiles et, se tournant vers la foule : " Quand les prêtres vous disent la vérité, ils mettent le livre de ce côté-là, s'écria t-il, en montrant le côté de l'Evangile, et quand ils veulent vous blaguer (*sic*), ils montent là haut, " en indiquant le côté de l'épitre. Voilà la conduite d'un fou ! voilà des faits analogues à ceux qui journellement amènent à Sainte-Anne les malades soumis à notre observation ! Pour Riel, le Pape n'est plus rien. Le dimanche ne doit plus être célébré, mais on doit observer le sabbat juif, c'est-à-dire le samedi. Dans le système de religion qu'il a élaboré, il n'est ni protestant, ni juif, ni mahométan : il est un peu tout cela.

Comme tous les aliénés, Riel s'oppose constamment à ce qu'on invoque la folie en sa faveur. Nous reconnaissons là l'insistance particulière à tous ces malades. Ils repoussent toujours loin d'eux l'idée d'aliénation et la considèrent même comme une grave insulte. Comme tous les aliénés aussi, Riel a la manie d'écrire, il fait lettres sur lettres, mémoires sur mémoires, ne sentant pas qu'il aggrave ainsi et compromet sa situation.

Riel eut un jour la conversation suivante avec le P. André : " Mon père, dit-il, je vous demande une faveur, et j'ose espérer que vous ne me la refuserez pas.—Quelle est cette faveur ? répondit le P. André.—C'est de demander à Mgr Taché de vouloir bien me permettre de célébrer la messe.—Mais qui vous a ordonné prêtre ? répliqua le P. André.—Les esprits, répondit Riel. Voilà une preuve manifeste d'aliénation mentale, de théomanie. L'aveu échappé à Riel est pour nous gros de conséquences. Cette simple parole révèle en effet un désordre profond des facultés intellectuelles, et nous dévoile l'existence d'hallucinations déjà anciennes et d'un délire ambitieux bien systématisé. Ce n'est, en effet qu'après avoir entendu avec persistance les mêmes voix, ce n'est qu'après une lutte laborieuse de plusieurs semaines, quelquefois même de plusieurs mois, que le fou théomane en arrive à croire à l'objet de ses hallucinations et fonde sur elles des idées absurdes de grandeur.

Quoi de plus absurde que de vouloir célébrer la messe sans être ordonné, surtout chez un homme comme Riel, élevé dans la foi catholique ? Enfin, l'ordonnance presque rigoureuse et l'uniformité du délire de Riel, la systématisation, comme on dit en médecine mentale, de ses conceptions délirantes, prouvent, elles aussi, l'existence d'une folie ancienne et remontant peut-être à l'âge de la puberté.

Il ne faudrait pas croire que les monomanies ou délires partiels

(comme c'est le cas de Riel,) portant sur un point limité de nos conceptions, laissent intactes toutes les autres idées. Une conception délirante, folle, si limitée qu'elle soit, lorsqu'elle atteint l'intelligence, la frappe toute entière ; et nous sommes loin aujourd'hui du système de Gall qui croyait pouvoir diviser le cerveau en compartiments quasi géométriques ; aussi le délirant partiel est-il irresponsable au même titre que le délirant généralisé.

D'ailleurs, à certains moments, rares il est vrai, le désordre mental de Riel se généralise et confirme ainsi la loi que nous exprimons. Qu'on lise deux de ses lettres, l'une publiée dans la *Patrie* de Montréal, le 1er juillet 1885 ; l'autre, dans l'*Etendard*, de Montréal, le 4 août 1885. On rencontrera facilement dans la première une complète incohérence, et dans la seconde un enfantillage avéré. Dans l'examen médico-légal d'un inculpé, on doit toujours poser la question de la simulation. Dans le procès de Riel, nous pensons que cette hypothèse doit être absolument écartée. L'accusé, en effet, n'a pas attendu d'être en danger de mort ou de réclusion pour simuler la folie, et la maladie s'est manifestée déjà d'une manière éclatante en 1877 et 1878.

Riel n'essaye pas de forcer la note de ses excentricités, pour s'épargner une condamnation capitale. Au contraire, il entrave constamment la défense, pourtant si habile et si éloquente, de ses avocats, et il se défend bien fort d'être fou. Il exagère si peu le désordre de ses facultés que plusieurs personnes ont attesté l'intégrité de son esprit. On ne rencontre pas chez lui ce verbiage incohérent qui en impose si facilement aux gens du monde ; mais on trouve dans l'ensemble des symptômes une marche tellement régulière, nous dirions presque tellement scientifique, qu'il est impossible de croire à la simulation. Quand un inculpé veut simuler la folie, il a garde de conserver ainsi une lucidité de langage au milieu de laquelle un aliéniste exercé pourrait seul dévoiler la folie.

Pour étudier d'une manière complète le cas de Riel, il faudrait connaître ses antécédents héréditaires et les détails complets de son histoire. Nous attendons du Canada les documents nécessaires, pour publier prochainement sur lui une étude approfondie, écrite strictement au point de vue médical. Nous pourrons alors rapprocher de l'histoire de Riel celle de plusieurs malades observés par nous à Paris et atteints de folie religieuse. Cette comparaison jettera sur la question, nous n'en doutons pas, une vive lumière.

Peut-être notre appéciation paraîtra-t-elle sévère et dure aux admirateurs de Riel. Pour être aliéné, le chef des métis du Nord-Ouest n'en reste pas moins un homme de grand talent et digne d'admiration. L'histoire le considérera, croyons-nous, comme un aliéné de génie et, dans le domaine peu enviable de la folie, il s'y trouvera de compagnie avec plusieurs hommes célèbres que la médecine mentale range aujourd'hui sous ses lois. Citons en passant Socrate, Mahomet, Le Tasse, J. J. Rousseau, etc. Nous pensons que l'histoire de Riel était de nature à intéresser les lecteurs français. Assez souvent l'exemple de la liberté nous est venu d'Amérique, pour qu'aujourd'hui nous soyons fiers à notre tour de montrer le chemin de l'impartialité et de la justice à nos voisins les Anglais, à nos frères les Canadiens.

FORMULAIRE.

Alcoolisme.—*Bartholow.*

P.—Teinture de capsicum..... 6 drachmes
Teinture de noix vomique..... 2 "

M.—*Dose :* Vingt gouttes, dans un peu d'eau, toutes les quatre heures. Cette potion a pour effet de combattre le désir morbide qu'éprouve le malade pour les boissons alcooliques et de tonifier le sytème nerveux. —*College and Clinical Record.*

Diarrhée atonique.—*Bartholow.*

P.—Teinture d'aloës et de myrrhe..... 6 drachmes
Teinture do noix vomique..... 2 "

M.—*Dose :* Une demi drachme trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Syphilis tertiaire.—*Brinton.*

P.—Iode ..... 1 drachme
Sublimé corrosif..... 2 grains
Iodure de potassium..... 3 drachmes
Eau..... 3 onces

M.—*Dose :* Une drachme, trois fois par jour.—*College and Clinical Record.*

Constipation chez les chlorotiques.—*Bartholow.*

P.—Extrait de noix vomique..... ¼ grain
Extrait de fève de Calabar..... ¼ "
Extrait de belladone..... ¼ "
Extrait d'aloës..... 1 "
Sulfate de fer ..... 2 "

M.—Faites une pilule, à prendre trois fois par jour. — *Maryland Medical Journal.*

Emulsion d'essence de térébenthine.—*Ofner.*

P.—Jaune d'œuf No. 1 à faire émulsionner
dans eau distillée..... q.s.
Ajouter essence de térébenthine..... 10 à 36 gouttes
Suivant l'âge.

M.—*Dose :* Une cuillerée à café toutes les heures.—*Gazette médicale de Paris.*

Chancre phagédénique.—*Terrillon.*

P.—Acide pyrogallique..... 20 parties
Poudre d'amidon..... 80 "

Mêlez avec soin. Insuffler, au moyen d'un soufflet, dans les anfractuosités de la plaie. Pansements renouvelés deux fois par jour. La préparation employée doit être fraîche et conservée à l'abri de l'humidité, dans un flacon bien bouché.—*Union médicale.*

L'UNION MEDICALE DU CANADA

PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DES

Drs A. LAMARCHE et H. E. DESROSIERS.

MONTRÉAL, DÉCEMBRE 1885.

Le discours de M. le Professeur Osler.

Il nous a été très agréable de pouvoir publier en entier le remarquable discours prononcé par M. le docteur Osler lors de la réunion annuelle de l'*Association médicale Canadienne*, en septembre dernier.

L'importance de ce discours n'échappera à aucun de nos lecteurs. M. Osler y a résumé d'une manière aussi habile que délicate, toute l'histoire de la médecine dans notre province. Il y avait là de pénibles choses à dire : elles ont été courageusement dites ; d'importantes réserves et de non moins importantes concessions à faire : elles ont été faites avec conviction, et, de l'ensemble de cette adresse, se dégage toute une somme de vérités que nous devons savoir gré à l'auteur de ne nous avoir pas cachées.

M. le Dr Osler a particulièrement insisté sur trois points principaux, et nous sommes heureux de constater, que sur ces trois points, les paroles de l'éminent professeur constituent une nouvelle et éclatante confirmation de trois thèses que nous avons toujours soutenues, à savoir : la sévérité des examens préliminaires, l'importance des cours de neuf mois (et de quatre années), et la création d'un Bureau central d'examens.

Depuis tant d'années que la lutte est engagée, le premier point seul est assuré. En effet, les examens préliminaires à l'étude de la médecine sont actuellement assez sérieux, croyons-nous, pour inspirer confiance à tous et nous rassurer sur la *qualité* des aspirants qui parviennent à sortir victorieux de cette première épreuve. Aussi M. le Dr Osler a-t-il pu dire avec raison que " l'organisation du Bureau pour les " examens préliminaires dans la province de Québec devrait servir de " modèle à toutes les autres provinces."

Malheureusement, nous n'entrevoyons que dans le lointain le jour où nous serons dotés d'un Bureau central d'examens, et où la Législature adoptera un *Bill* en vertu duquel les élèves seront obligés de suivre neuf mois de cours par année, et cela, pendant quatre années consécutives.

Depuis deux ans environ, la question du Bureau central d'examens menace de s'agiter au sein du Bureau provincial de médecine ; mais tout s'est borné jusqu'à présent à de simples avis de motion. Ne serait-il pas temps de songer un peu sérieusement à élaborer un projet de loi dans le sens indiqué plus haut ? Il faut que la profession médicale se protège contre les trop abondantes *fournées* de jeunes médecins qui lui viennent chaque année, et contre les incapacités qui parviennent toujours à se faufiler dans son sein à la faveur des prérogatives quasi-illimitées des écoles de médecine. Il est temps aussi que comme province, nous nous protégions contre les médecins qui nous viennent des autres provinces et de l'étranger. On sait, par exemple, qu'aucun praticien de la

province de Québec ne peut aller se fixer dans Ontario sans être forcé d'y subir un examen devant le Bureau provincial. Eh bien, nous demandons qu'il y ait réciprocité, et que les praticiens d'Ontario qui se sentiraient pris du désir d'exercer dans notre province soient eux aussi obligés de passer par les rigueurs et les chances d'une épreuve sérieuse.

Quant aux cours de neuf mois et aux quatre années d'études, il devra s'écouler quelque temps encore—si l'on en peut juger par le passé—avant qu'ils soient adoptés par toutes nos universités et écoles de médecine. Jusqu'à cette année, l'Université Laval a été la seule institution qui les ait compris dans son programme et qui y ait tenu en dépit de tout. Aussi s'est-elle, par ce seul fait, trouvée dans des conditions relativement défavorables au point de vue de la compétition, nombre d'étudiants préférant suivre les cours d'institutions qui, ne donnant à leurs élèves que des cours de six mois, leur laissent six mois entiers de vacances et leur épargnent trois mois de pension à la ville. L'Université Laval, indépendante et libre, a préféré avoir moinsd'élèves et ne pas sacrifier le principe des cours de neuf mois. Aujourd'hui, l'Université McGill vient de faire un pas décisif dans la même voie en obligeant les élèves à suivre ses cours pendant *quatre* sessions (quatre années) de six mois chacune, les forçant en outre à suivre *une fois*, (la troisième année) la session d'été qui jusqu'ici n'était que facultative. Il n'y a pas de doute que McGill en viendra au point précis où en est l'Université Laval et qu'alors les autres institutions se verront forcées de suivre l'exemple de leurs aînées. Nous appelons ce moment de toutes nos forces et nous nous estimerons trop heureux si nous avons pu contribuer de quelque façon à hâter la solution d'une question qui intéresse à un si haut degré la profession médicale canadienne.

Le cas de Riel.

Nos lecteurs prendront, sans doute avec grand intérêt, connaissance d'un article publié récemment dans l'*Univers* sous la signature des docteurs Gilson et Bourque, et que nous reproduisons page 562. Cet article présente d'une manière à peu près complète tout ce que la science avait à dire sur l'état mental du malheureux chef métis.

Nous croyons être dans le vrai en disant que, parmi les hommes de science qui ont examiné *à froid* le cas de Riel, il n'y a eu qu'une voix pour affirmer la folie du prisonnier de Régina. Pour avoir été faite à distance et d'après le seul examen des faits, sans aucun examen du malade lui-même, l'étude de MM. Gilson et Bourque n'en est pas moins exacte. M. le Dr Clark, surintendant de l'Asile des Aliénés de Toronto, dont il est parlé au cours de cette étude, n'est pas moins explicite, et a déclaré que, *sans aucun doute*, Riel était fou.

On a dit quelque part que Riel s'était fait interner à la Longue-Pointe et à Beauport dans le seul but de sauver sa tête alors mise à prix. Ceux qui ont vu Riel en ces circonstances et qui ont eu à s'occuper de son entrée, tant à Beauport qu'à St-Jean-de-Dieu, savent jusqu'à quel point la cervelle du chef métis était alors détraquée, et quel trouble ils ont dû se donner pour en maîtriser les accès. En outre, si nous ne faisons erreur, Riel s'étant enfui aux Etats-Unis après la mort de Scott, y a donné des signes tellement évidents d'aliénation mentale qu'il a dû

être enfermé dans une maison de santé, à Washington. Il n'avait alors aucun intérêt à se cacher.

Riel étant aliéné, était également irresponsable, ainsi qu'il résulte du fait même de sa folie, et aurait dû être enfermé pour la vie dans un asile. C'est ce que l'on fait toujours dans les pays où les maladies mentales sont étudiées et comprises comme elles doivent l'être. Jamais on n'y songe à faire monter un fou sur l'échafaud. Bicêtre et Charenton sont remplis de fous criminels, et quand l'on saura, en Europe, le sort que nous avons fait au rebelle du Nord-Ouest, on aura une idée assez mince de notre législation criminelle.

Nous n'entendons pas faire ici de politique ; ce ne serait ni dans notre rôle ni dans nos goûts. Mais le cas de Riel a présenté un immense intérêt au point de vue scientifique, et nous avons l'intime conviction que si ceux qui ont contribué à la condamnation ou à la mort de Riel avaient bien compris ce que c'est que l'aliénation mentale et l'irresponsabilité des aliénés, on n'aurait pas condamné le chef métis au dernier supplice. On a accusé de cruauté les juges de Riel. Il nous importe peu de savoir si l'on a tort ou raison. Mais nous savons bien que cette exécution nous a couverts de ridicule aux yeux du monde scientifique, et que, de l'autre côté de l'Atlantique, on haussera les épaules de pitié et peut-être de dégoût en apprenant que, de nos jours, il se trouve un pays où l'on se livre encore à de subtiles distinctions entre la responsabilité des maniaques et celle des monomaniaques (?), un pays où l'on ignore encore qu'" une conception délirante, si limitée qu'elle soit, lorsqu'elle atteint l'intelligence, la frappe toute entière," et que "le délirant partiel est irresponsable au même titre que le délirant généralisé."

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Buck, (Albert, H.) M. D.—*A Reference Handbook of the Medical Sciences.*—Ouvrage de référence complet et commode traitant de sujets variés dont l'ensemble embrasse tout le champ de la médecine théorique et pratique, composé d'articles concis et de paragraphes courts, disposés par ordre alphabétique de sujets, et écrits par des auteurs experts dans leurs spécialités respectives.

Nous venons de recevoir de la maison William Wood & Company, de New-York, le 1er volume de ce magnifique ouvrage, grand in-quarto de 800 pages, illustré de quatre belles chromo-lithographies et de 585 gravures sur bois. La partie typographique ne laisse rien à désirer, caractère net et bien lisible sur papier fort, le tout en rapport avec la réputation de la maison William Wood & Company. Le " *Reference Handbook* " complet se composera de huit volumes, soit 6,400 pages de deux colonnes en caractère nonpareil.

Quatre-vingt dix auteurs différents, la plupart très favorablement connus en Amérique et en Europe, ont fait les frais du 1er volume. Comme il le dit dans sa préface, l'éditeur, le Dr Albert H. Buck, s'est trouvé en face d'un dilemme difficile à résoudre; on conçoit qu'un ouvrage traitant in extenso de toutes les questions médicales aurait nécessité un grand nombre de volumes et se serait conséquemment élevé

à un prix incompatible avec la bourse d'une assez grande partie des praticiens; d'un autre côté on aurait pu traiter chaque question en abrégé, le tout compris dans les huit volumes, mais alors aucune question n'aurait comporté les développements nécessités par les progrès incessants de la science. L'auteur a cru agir sagement, et en cela il n'y avait pas à hésiter, en laissant de côté les questions d'importance secondaire et en ne traitant que les sujets d'importance majeure et générale et en leur donnant les développements les plus complets. Ceux qui ne trouvent pas leur place dans le *Reference Handbook* peuvent au reste être étudiés dans les traités ordinaires.

D'après ce principe, et tel qu'il est, l'ouvrage couvre un immense terrain, expurgé de toute plante inutile, et traite à fond de toutes les questions qui peuvent intéresser sérieusement le médecin dans toutes les parties de son art.

L'essai sur les amputations forme tout un traité, il en est de même des articles: anémie, anévrysme, asthme, antiseptiques, sang, bronchite, cerveau, carcinome, cataracte, et de beaucoup d'autres.

En somme, le *Reference Handbook* nous paraît être un précieux complément de bibliothèque médicale et un ouvrage indispensable (parce qu'il peut dispenser de beaucoup d'autres) pour ceux qui ne peuvent garnir un grand nombre de rayons.

NOUVELLES MEDICALES.

La variole est toujours en décroissance. En revanche, les cas de diphthérie et de fièvre typhoïde se font de plus en plus nombreux.

Nous apprenons avec peine que M. le Dr Desroches, Rédacteur en chef du *Journal d'Hygiène populaire*, est depuis quelques semaines retenu chez lui par la maladie. Notre ami voudra bien agréer les vœux que nous formons pour son prompt rétablissement.

M. le Dr E. P. Lachapelle, professeur à l'Université Laval, est parti il y a quelques jours pour un voyage au Mexique. La santé de M. le Dr Lachapelle a été un peu chancelante depuis quelque temps et nous espérons que notre estimé collègue et ami nous reviendra tout à fait rétabli. Son retour est fixé au 15 janvier.

Nécrologie.—A Londres, W. B. CARPENTER, M.D., F.R.S., professeur à l'Université de Londres, et bien connu par ses travaux comme physiologiste; à Brooklyn, Samuel G. ARMOR, M.D., doyen de la Faculté du *Long Island College Hospital;* à Paris, M. J. B. BAILLIÈRE, doyen des libraires de médecine français; M. Maurice NOTTA, interne des hôpitaux de Paris, et l'un des rédacteurs de l'*Union médicale*.

NAISSANCE.

BLAGDON.—A St-Philippe de Néri, le 8 novembre, la dame du Dr. H. W. Blagdon, un fils.

MARIAGE.

MARSOLAIS-LAVIOLETTE.—A Montréal, le le 20 octobre dernier, A. R. Marsolais, Ecr., M D., Laval, Montréal (classe de 1883), ex-interne de l'Hôpital Notre-Dame, à Mlle Marie-Corinne, fille de l'Hon. J. G. Laviolette, Conseiller Législatif.

TABLE DES MATIÈRES.

Abcès, fétides, traitement des, 309; du sein pendant l'allaitement, traitement préventif des, 136 ; urineux, 18.
Abdomen, durant la grossesse, du support à donner à l', 221.
Ablation, de l'astragale, procédé d', 258 ; des ovaires dans le traitement des fibromyômes utérins et des hémorrhagies incoercibles, 372.
Accouchement, des douleurs de l', 28, 187 ; traitement de la troisième période de l', 77 ; analgésie des voies génitales par application de cocaïne pendant l', 133 ; emploi des anesthésiques durant le travail de l', 172 ; emploi de l'eau chaude pendant la grossesse et l', 219 ; de la délivrance après l', 221 ; emploi de la quinine dans l', 314 ; influence exercée sur le travail par le laps de temps écoulé entre le premier et le deuxième, 372 ; influence du *cimicifuga racemosa* sur l', 372 ; l'antisepsie en, 462 ; difficile, 218 ; par le siège, délivrance de la tête dans l', 173 ; à terme, délivrance dans l', 131.
Acide, phénique, en accouchements, 462 ; dans le traitement des hémorrhoïdes, 508 ; tannique en lavements dans le choléra, 303.
Acné hypertrophique du nez, traitement de l', 522.
Adénite syphilitique, de l', 229.
Affaire Lynam, l', 44.
Albuminurie, coma urémique consécutif à une, 347 ; diphthéritique et scarlatineuse, de l', 302.
Alcoolisme, traitement de l', 89, 565 ; chez les prédisposés, 421 ; et gangrène, 405.
Alexander, opération d', 134.
Aliénés, les asiles d', 41, 235.
Allaitement, de l', 319 ; sein et antisepsie pendant l', 369 ; traitement préventif des lymphangites et abcès du sein pendant l', 136.
Alopécie, traitement de l', 330, 380.
Aménorrhée, traitement de l', 222.
Ammoniaque, dans le traitement de l'hémorrhagie, de la thrombose et de l'embolie cérébrales, du carbonate d', 504.
Amputation, de la jambe, à lambeau externe, 162 ; du sein, pansement de l', 129, 166.
Amygdalite et ses relations avec les accès fébriles de l'enfance, l', 419 ; ses rapports avec la diathèse rhumatismale, 548.
Analgésie des voies génitales par la cocaïne pendant l'accouchement, 133.
Anémie, chez les enfants, traitement de l', 88 ; essentielle, traitement de l', 89.
Anesthesiques durant le travail, emploi des, 172.
Anévrysme, était-ce un, 109 ; de l'aorte, 545.
Anorexie, des hystériques, traitement de l', 299.
Anthrax, considérations générales sur l', 49.
Antipyrine dans la fièvre de consomption des phthisiques l', 503.
Antisepsie, en accouchements, 462 ; pendant l'allaitement, 369 ; erysipèle et, 256.
Anus, traitement du prurit de l', 33, 40.
Aorte, anévrysme de l', 545.
Aphrodisiaque, 88.
Apostoli et Doléris — Sur un nouveau traitement électrique de l'hématocèle périutérine par la galvano-puncture négative, 438.
Appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la femme, rapports entre l', 80.
Arsenic, dans le goître, 76 ; dans la leucémie splénique, 449.
Artères, torsion des, 162.
Arthrite aiguë, traitement de l', 203, purulente aiguë chez les enfants. 561.
Asiles d'aliénés, les, 41, 235.
Asthme, traitement de l', 89, 207, 426.
Astragale, procédé d'ablation de l', 258.
Ataxie locomotrice, traitement de l', 182, 474 ; chez les enfants, 418.
Atropine, traitement de certaines formes de phthisie par le repos et l', 160.
Avortement aux premiers mois de la grossesse, de la délivrance dans l', 131.

Bains, chauds, traitement de l'éclampsie puerpérale par les, 313 ; de permanganate de potasse, 425.
Baravena Milk Food, 454.
Bec-de-lièvre, traitement du, 27.
Belladone contre le collapsus, emploi de la, 158.
Bibliographie, 47, 94, 189, 239, 287, 335, 383, 431, 479, 527, 563.
Bismuth, dans la dyssenterie des enfants, 9 ; le sous-nitrate dans le pansement des plaies, 552.
Blennorrhagie, nature parasitaire de la, 23 ; résurrection de la, 457 ; traitement de la, 140, 509.
Blépharite, traitement de la, 140.
Bossus, pathologie des, 208.
Bras, signe de péritonite, élévation des, 544.
Bromures dans l'épilepsie, les, 385.
Bronchite, traitement de la 115, 227 ; chronique, traitement de la, 453, chez les enfants, de la, 181.
Brosseau, Dr A. T., de la cystotomie comme traitement de la cystite chronique, 1 ; considérations générales sur l'anthrax,

49 ; de la consolidation des fractures, 149 ; considérations générales sur le traitement des fractures, 193.
Brulures, traitement des, 78 ; 554.
Bubon suppuré, traitement du, 307.
Bureau, central d'examens, 153, 185 ; provincial de médecine, 187, 284, 475 ; de santé, 332, 427 ; national de vaccine, 526.

Calculs biliaires, traitement des, 183.
Cancer, chez les syphilitiques, du, 409 ; de l'estomac, 117 ; du sein, pronostic et traitement du, 24 ; de l'utérus, 270 ; traitement du, 414, 514.
Cancroïde, diagnostic d'avec le chancre syphilitique de la lèvre inférieure, 126.
Carcinôme, du sein, indications opératoires dans le, 402 ; du testicule gauche, 506.
Cardiopathie de la ménopause, 175.
Catarrhe, de l'estomac chez les petits enfants, le sulfate de fer contre le, 471 ; gastrique chronique, traitement du, 183 ; gastro-intestinal, 379.
Cérébraux, les, 10.
Chancre, du col utérin, 268 ; infectant, diagnostic du, 327 ; traitement du, 328 ; phagédénique, traitement du 565 ; syphilitique de la lèvre inférieure, diagnostic d'avec le cancroïde, 126.
Chancroïde, traitement du, 40, 90.
Charlatans, les, 92, 202, 333.
Cheveux, traitement de la chûte des, 184.
Chloral, 199 ; suppositoire au, 330 ; son emploi contre les sueurs nocturnes, 343.
Chloroforme, traitement du tænia par le, 209.
Chlorose, de la fièvre dans la, 61.
Cholécystotomie, 262.
Choléra, le, 432, 479, 528 ; lavements chauds à l'acide tannique dans le, 303 ; infantile, traitement du, 330.
Chorée, 52 ; des anémiques, traitement de la, 426.
Cimicifuga racemosa, son influence sur l'accouchement, 372.
Circoncision, de la, 306.
Cirrhose hépatique, de la, 245.
Clavicule, traitement de la fracture de la, 511.
Cocaïne, 45, 198 ; dans la chirurgie infantile, 473 ; analgésie des voies génitales par application locale de, 133 ; traitement du vaginisme par la, 269.
Coccygodynie, de la, 80, 411.
Coccyx, résection du, 411.
Col utérin, chancre du, 268, déchirure du, 270.
Coliques, hépatiques, traitement des, 183 ; néphrétiques, traitement des, 283.
Collapsus, emploi de la belladone contre le, 158.
Collége des M. et. C., P. Q. 191.
Collutoire, 330.
Coma urémique consécutif à une albuminurie chez un rhumatisant, 347.
Complications pleurales du rhumatisme chez les enfants, 180.
Compression élastique, traitement de l'arthrite aiguë par la, 203.
Conception après l'ovariotomie bilatérale, 409.
Condylômes syphilitiques, traitement des 234.
Congrès français de chirurgie, 191.
Coniase biliaire, de la, 394.
Consolidation des fractures, de la, 149.
Constipation, traitement de la, 183, 379, 565.
Contusions, traitement des, 40.
Convulsions infantiles, traitement des, 51.
Coqueluche, de la, 176 ; traitement de la, 276, 376, 379, 426, 544.
Cordon enroulé autour du cou du fœtus, cause de dystocie, 77.
Corps étrangers, de la gorge, des vomitifs dans les cas de, 171 ; de l'oreille, des, 337.
Cors, topique contre les, 75.
Coryza, traitement du, 15, 326, 380.
Coude, de l'ostéo-arthrite tuberculeuse du, 455 ; résection du, 455.
Couperose, de la, 279.
Coxalgie, résection de la hanche dans la, 263 ; tuberculeuse au début chez l'enfant, traitement de la, 84 ; et pseudo-coxalgie, 357.
Crâne, trépanation du, 258.
Croissance, de la, 324.
Croup, guérison spontanée dans le, 303 ; membraneux, croup diphthéritique, 322.
Cuisse, hygomas de la, 402.
Cystite chronique, traitement de la, 1.
Cystotomie comme traitement de la cystite chronique, 1.

Décès, 96, 144, 240, 288, 384, 432, 480.
Déchirures, du col utérin, 276 ; périnéales, prophylaxie et traitement des, 465.
Delirium tremens traité par la strychnine, 159
Délivrance, dans l'accouchement et l'avortement aux premiers mois de la grossesse, 131 ; après l'accouchement, 221.
Dentition, les maladies dites de, 469 ; sirop de, 523.
Dermatoses herpétiques, traitement des, 474.
Désarticulation du genou, suites éloignées de la, 214.
Desrosiers, Dr H. E., des usages therapeutiques du lait, 55 ; notes de thérapeutique, 196 ; de quelques usages des iodures, 289 ; traitement de la fièvre typhoïde ; les bromures dans l'épilepsie ; traitement de l'ictère catarrhal, 385.
Développement de la profession médicale au Canada, du, 481, 529.
Diabète, glycosurique chez les vieillards, du, 396 ; insipide, chez les enfants, contribution à l'étude du traitement du, 472.
Diarrhée chronique, traitement de la, 523 ; atonique, traitement de la, 565.
Diarrhées, traitement des différentes, 273, 322.
Diathèse urique, traitement de la, 183.
Digestion, de quelques troubles de la, 394.
Digitale dans les maladies fébriles aiguës, emploi de la, 453.
Dilatation, de l'estomac, 119, 354 ; du prépuce, 306 ; forcée du vagin, 370.
Diphthérie, traitement de la, 40, 152, 200, 209, 244, 283, 344, 388, 433, 441, 443, 494 ; drainage et, 76.
Dipsomanie, la, 34.

Diurétique, 234.
Doigts, gangrène symétrique des, 509.
DOLLEY, Dr C. S., bibliographie d'un ouvrage du, 527.
Dothiénentérie et embarras gastrique fébrile, leur identité, 356.
Douleur, du chlorure de méthyle contre l'élément, 297.
Douleurs de l'accouchement, des, 28.
Drainage et diphthérie, 76.
Dysménorrhée, de la, 78.
Dyspepsie, traitement de la, 40, 234,379 ; utérine, 269.
Dyspnée, 380.
Dyssenterie, aiguë, traitement de la, 426.
Dystocie par enroulement du cordon autour du cou du fœtus, 77.

Easton, sirop de, 90.
Eau, camphrée, dans le traitement du coryza, 15 ; chaude, pendant la grossesse et l'accouchement, emploi de l', 219 ; en injections intra-utérines dans les hémorrhagies puerpérales, 311.
Eclampsie puerpérale, traitement de l', 29, 222, 313 ; durant le travail, 512.
Ecole de Médecine et de Chirurgie de Montréal, 191. 479.
Ecthyma, traitement de l', 90.
Eczéma anal, traitement de l', 518.
EDWARDS, Dr J. F., bibliographie d'un ouvrage du, 239.
Electricité, cure de la paralysie infantile par l', 560.
Embarras gastrique fébrile, identité de la dothiénentérie et de l', 356.
Embolie cérébrale, traitée par le carbonate d'ammoniaque, 504.
Empyème, contribution au traitement de l', 166.
Empoisonnement, par le tabac, 422 ; par le pétrole, 424 ; d'un enfant par le lait de sa mère, 424.
Endométrite, traitement de l', 223 ; disséquante, de l', 315.
Enfants, traitement de la dyssenterie chez les, 9 ; lavage de l'estomac chez les, 12, traitement des convulsions chez les, 51 ; de la pleurésie chez les, 82, 417 ; traitement de la coxalgie tuberculeuse au début chez les, 84 ; traitement de la vulvite aphtheuse des, 86, valeur symptomatique de quelques signes isolés chez les, 86 ; du pouls chez les, 87 ; traitement de l'anémie et de la débilité chez les, 88 ; traitement de l'incontinence nocturne d'urine des, 148 ; complications pleurales du rhumatisme chez les, 180 ; de la bronchite chronique chez les, 181 ; de l'épilepsie chez les, 224 ; traitement de la leucorrhée chez les, 227 ; du traitement de la bronchite chez les, 227 ; traitement des différentes diarrhées chez les, 273 ; diagnostic des maladies des, 275 ; de l'érysipèle chez les, 418 ; trois cas d'alaxie locomotrice chez les, 418 ; le tétanos des petits, 419 ; de l'amygdalite et de ses relations avec les accès fébriles chez les, 419 ; le sulfate de fer contre le catarrhe de l'estomac chez les petits, 471 ; contribution à l'étude du diabète insipide chez les, 472 ; l'électricité dans la paralysie des, 560 ; arthrite purulente aiguë chez les petits, 561.
Engourdissement des extrémités supérieures, de l', 539.
Entorse, traitement de l', 170.
Ephélides, traitement des, 184.
Epilepsie, les bromures dans l', 385 ; influence réciproque de la grossesse et de l', 174 ; dans le jeune âge, 224.
Epingle à cheveux dans l'utérus, 373.
Epistaxis, traitement de l', 305, 380.
Ergot dans le traitement de la fièvre typhoïde, 66.
Erysipèle, la méthode antiseptique et l', 256 ; chez les enfants et son traitement, l', 418 ; traitement de l', 553.
Estomac, cancer de l', 117 ; traitement du catarrhe de l', 183, 471 ; de la dilatation de l', 119, 354 ; lavage de l', 12, 499.
Etat de mal hystérique et état de mal épileptique, diagnostic, 246.
Examen, extemporané du lait de la femme, 268 ; des urines, indications qu'il fournit à la pratique chirurgicale, 259.
Examens, pour l'admission à l'étude de la médecine, programme des, 191 ; bureau central d', 153, 185.
Extrait de foie de morue créosoté, 389.

Femme, rapports entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du nez chez la, 80.
Fer, traitement du catarrhe de l'estomac chez les enfants par le sulfate de, 471 ; traitement des sueurs profuses des pieds par le perchlorure de, 521.
Fermeture à bonne heure des pharmacies, la, 430.
Fibro-myômes utérins, ablation des ovaires dans le traitement des, 372.
Fièvre, dans la chlorose, 61 ; hectique, traitement de la, 234, 503, 523 ; hystérique, 159 ; traumatique, traitement de la, 90 ; typhoïde, formes bénignes et latentes de la, 247 ; traitement de la, 66, 385 ; forme sudorale de la, 548.
Fièvres, traitement des, 158.
Fissures du mamelon, traitement des, 184.
Folie, morale, de la, 137 ; de Riel et la justice anglaise, 561.
Forceps, emploi et abus du, 172.
FOUCHER, Dr A. A., indications cliniques fournies par la pupille, 99 ; des corps étrangers de l'oreille, 337.
Fracture de la clavicule, traitement de la, 511.
Fractures, de la consolidation des, 149 ; considérations générales sur le traitement des, 193.
Furoncle, traitement rationel du, 251, 299.

Gale, traitement de la, 40, 184, 281.
Galvano-puncture négative, nouveau traitement électrique de l'hématocèle péri-utérine par la, 438.
Gangrène, et alcoolisme, 405 ; symétrique des doigts, 509.
Gastralgie, traitement de la, 474.

Gastroxie, de la, 248.
Genou, suites éloignées de la désarticulation du, 214.
Genu-valgum, ostéotomie et ostéo-clasie dans le traitement du, 278.
Gerçures du mamelon chez les nouvelles accouchées, 135.
Goître, traitement du, 76; exophthalmique, 97.
Gonorrhée, diagnostic chez la femme, 417; traitement par le permanganate de potasse, 307.
Gorge, des vomitifs dans les cas de corps étrangers de la, 171.
Goutte, traitement de la, 62, 89.
Grossesse, influence réciproque de l'épilepsie et de la, 174; emploi de l'eau chaude pendant la. 219; du support à donner à l'abdomen pendant la, 221; traitement des vomissements de la, 265.
Guérison spontanée dans le croup, 377.

Hanche, sa résection dans la coxalgie, 263.
Hématocèle périutérine, nouveau traitement électrique de l', 438.
Hémoptisie, et de sen traitement, de l', 350; traitement de l', 283, 453.
Hémorrhagie cérébrale, 52; son traitement par le carbonate d'ammoniaque, 504.
Hémorrhagies, incoercibles, ablation des ovaires dans le traitement des, 372; puerpérales, leur traitement par les injections intra-utérines d'eau chaude, 311.
Hémorrhoïdes, traitement des, 508, 523.
Hémostatique, 378.
Hernie irréductible, guérison d'une énorme, 459.
Hernies, variétés de fausse réduction des 169.
Hôpital Notre-Dame, 96, 190, 335.
Hydarthrose traitée par les lavages phéniqués, 171.
Hydrastis canadensis, emploi thérapeutique de l', 445.
Hydropisie, traitement de l', 330.
Hygromas de la cuisse à grains riziformes, nature tuberculeuse des, 402.
Hyperémie cérébrale, traitement de l', 474.
Hyperesthésie vulvaire, 370.
Hystérectomie vaginale, 466.

Ictère, valeur diagnostique de l', 65; catarrhal, 119; traitement de l', 385; infantile, 85.
Impuissance, traitement de l', 140.
Incisions exploratrices, des, 365.
Incontinence d'urine chez les enfants, traitement de l', 148, 182.
Infiltration d'urine et abcès urineux, 18.
Injections, intra-utérines d'eau chaude dans les hémorrhagies puerpérales, 311; hypodermiques, dans le traitement de la syphilis, 346; de morphine ayant causé la paralysie cardiaque, 398; vaginales après le travail, 411; contre la leucorrhée fétide, 468; antiseptiques, 330; interstitielles d'acide phénique dans les hémorrhoïdes, 508.

Insomnie, traitement de l', 379.
Iodoforme, dans le traitement de la vulvite aphtheuse chez l'enfant, 86; dans le traitement de l'état puerpéral, 173.
Iodures, des quelques usages des, 289.
Isolement des cas légers ou douteux de scarlatine, 561.

Jackson, Dr A., notice nécrologique du, 383.
Jambe, amputation à lambeau externe, 162.
Jequirity, dans les affections de la peau, le, 281.
Journal d'Hygiène populaire, le, 286.

Kystes de l'ovaire, péritonisme dans les, 317; récidives malignes des, 517.

Lactation et médicaments, 469; insuffisante, ses causes, 414.
Lait, des usages thérapeutiques du, 55; de la femme, examen extemporané du, 268; maternel, empoisonnement d'un enfant par le, 424.
"La mère et l'enfant"—bibliographie, 431.
Laramée, Dr A., les cérébraux, 10; chorée; hémorrhagie cérébrale, 52; du goître exophthalmique, 97; de la rougeole, 145; du rhumatisme noueux, 241.
LaRue, Dr L., Bureau central d'examens, 158.
LaRue, Dr T, Etait-ce un anévrysme? 109.
Laryngite aiguë, traitement de la, 376; stridulcuse, traitement de la, 229.
Laurin, Dr V., traitement de la diphthérie, 344.
Lavage de l'estomac, chez les nouveau-nés, 12; dans l'occlusion intestinale aiguë, 499.
Lavages phéniqués, traitement de l'hydarthose par les, 171.
Laval, Université, 48, 190, 336, 432, 480.
Lavements chauds à l'acide tannique dans le choléra, 303.
Lettres aux deux Wilfrid—Cinquième lettre, 433.
Leucémie, de la, 504; splénique traitée par les injections arsénicales parenchymateuses, 449.
Leucocytose, de la, 504.
Lencorrhée traitement de la 307, 380; fétide, injection contre la 468; infantile, traitement de la, 227.
Lèvres, épithélioma de la commissence des, 551.
Ligaments ronds, raccourcissement des, 134.
Lippé, Dr. J., charlatans, 202; traitement de la diphthérie, 443.
Luette, traitement de l'hypertrophie de la, 283; œdème aigu suffocant de la, 360.
Luxation du rein, 500.
Lymphangites et abcès du sein, traitement des, 136.
Lymphôme, traitement du 261.
Lynam, l'affaire, 44.

Maladies, contagieuses, 382; dites de dentition, 469; fébriles aiguës, leur traitement par la digitale, 453; infantiles, leur diagnostic, 275.

Mamelon, traitement des fissures du, 184 ; gerçures du 135.
Mammite, traitement de la, 183.
Mariages, 96, 384, 528, 569.
Médecin jugé par le client, le, 384.
Médecine, bureau provincial de, 187, 284, 475 ; programme des examens pour l'admission à l'étude de la, 19.
Médecins, trop de, 141.
Médication intra-utérine, 134.
Membranes, rupture spontanée des, 314.
Membre supérieur, des monoplégies traumatiques du, 458.
Ménopause, cardiopathie de la, 175.
Méthyle, chlorure de, contre l'élément douleur, 297 ; dans la sciatique, 206.
Métrorrhagie rebelle, traitement de la, 523.
Migraine, traitement de la, 296.
MONOD, Dr. C., bibliographie d'un ouvrage du, 47.
Monoplégie, brachiale, cas singulier de, 249 ; du bras et de la jambe de nature hystérique, 13.
Monoplégies traumatiques du membre supérieur, 458.
Morphine, dans le traitement de l'obstruction intestinale, 496 ; paralysie cardiaque à la suite d'une injection hypodermique de, 398.
Mort de cause dentaire, 71.
MOUSSEAU, Dr J. O., traitement de la diphthérie, 441.

Naissances, 48, 96, 144, 240, 336, 384, 480. 569.
Nécrologie, 48, 95, 144, 190, 240. 288, 336, 383, 432, 528, 569.
Néoplasme chez un même sujet et dans une même famille, de la pluralité des, 216.
Néphrectomie, 473.
Néphrite, aiguë, traitement de la, 449 ; albumineuse chronique, diagnostic de la, 155.
Névralgies, traitement des, 140.
Névrose hypnotique, de la, 449.
Nez, traitement de l'acné hypertrophiquo du, 522 ; chez la femme, rapports entre l'appareil sexuel et les corps érectiles du, 80.
Nouveau-nés, de l'ictère des, 85 ; soins à donner aux, 179 ; de l'œdème des, 179 ; dangers du pansement phéniqué chez les, 226 ; traitement de la plaie ombilicale chez les, 325.

Obstruction intestinale guérie par la morphine, 496.
Oclusion intestinale aiguë, du lavage de l'estomac dans l', 499.
Œdème, des nouveau-nés, 179 ; suffocant de la luette, 360.
Opération d'Alexander, 134.
Oreilles, des corps étrangers dans l', 337.
Oreillons, étiologie et pathogénie des, 557.
Orthopnée, de l', 399.
OSLER, Dr W., du développement de la profession médicale en Canada, 481, 529 ; le discours de M. le prof. 566.
Ostéo-arthrite tuberculeuse du coude, de l', 455.
Ostéoclasie dans le traitement du genu-valgum, 278.
Ostéotomie dans le traitement du genu-valgum, 278.
Ovaire, péritonisme dans les kystes de l', 317 ; des récidives malignes des kystes de l', 517.
Ovaires, leur ablation dans le traitement des fibro-myômes utérins et des hémorrhagies incoercibles, 372.
Ovariotomie bilatérale, conception après l', 409
Ozène, nature et traitement de l' 308 ; traitement de l' 426.
PALARDY, Dr M. J., étude sur la variole ; moven de préservation ; vaccination, 489 ; 2e étude sur la variole ; vaccination et revaccination ; procès de la vaccine, 545.
Palpitations, des, 204 ; traitement des, 380.
Panaris, traitement du, 213.
Pansement des amputations du sein, 129, 166 ; des brûlures, 544; permanent des plaies, 213 ; des plaies par le sous-nitrite de bismuth, 552 ; phéniqué chez les nouveau-nés, dangers du, 226 ; antiseptique, quelques modifications nouvelles au, 510 ; siccatif, 510 ; au sucre, 555.
Paracentèse du péricarde, 125.
Paralysie cardiaque subite à la suite d'injections hypodermiques de morphine, 398 ; infantile, cure par l'électricité, 560.
Paraplégie, tuberculose et, 112.
Pasteur et M. le Dr Robillard, 334.
Peau, le jequirity dans les affections de la, 231 ; de la térébenthine dans les affections de la, 495.
Péricarde, paracentèse du, 125.
Péricardite aiguë des vieillards, 349 ; séreuse, traitement de la, 395.
Périnée, prophylaxie et traitement des déchirures du, 465.
Périnéorrhaphie, 267.
Péritonisme dans les kystes de l'ovaire, 317.
Péritonite, traitement de la, 405 ; élévation des bras, signe de, 544.
Pessaire antiseptique de Hayem, 516.
Pétrole, tentative d'empoisonnement par le, 424.
Pharmacies, la fermeture à bonne heure des, 430.
Pharyngite folliculaire, ses rapports avec la diathèse rhumatismale, 548.
Phlegmon péri-utérin, 317.
Phosphates, sirop de, 90.
Phosphatine Falières, 522.
Phthisie pulmonaire, traitement de la, 160, 380 ; catarrhale, traitement de la, 453.
Phthisiologie, 91.
Pieds, traitement des sueurs fétides des 184, 521.
Pieds-bots, leur traitement par la suture de ligaments du pied, 460.
Placenta prævia, traitement du, 410.
Plaie ombilicale chez les nouveau-nés, traitement de la, 325.
Plaies, pansement permanent des, 213 ; traitement par le bismuth, 552 ; réunion par la suture perdue, 510.

Plaques muqueuses, traitement des, 234.
Pléthore médicale, 200.
Pleurésie aiguë, traitement de la, 161 ; dans les quatre ou cinq premières années de la vie, 82.
Pneumonie aiguë, traitement de la, 474 ; bacillaire aiguë, 390, 446 ; bilieuse, 58 ; franche, 390,446.
Pneumothorax, du, 294.
Police sanitaire, 143.
Polypes intra-utérins, 176.
Potasse, emploi du chlorate dans la diphthérie, 388, 433, 443, 494 ; emploi du permanganate, dans l'aménorrhée, 222 ; dans la gonorrhée, 307 ; sous forme de bains, 425.
Pouls chez les enfants, du, 87.
Prépuce, de la dilatation du, 306.
Prévost Dr. L. C., lettres aux deux Wilfrid ; cinquième lettre, 433.
Profession médicale en Canada, du développement de la, 481, 529.
Prolapsus utérin et vaginal chez les vieilles femmes, du meilleur traitement palliatif du, 516.
Prostatiques, conduite du médecin chez les, 362, 399.
Prurit, traitement du, 282 ; vulvaire et anal, traitement du, 33, 40, 282.
Pseudo-coxalgie, 357.
Pupille, indications cliniques fournies par la, 99.
Pustule maligne, traitement de la, 461.
Pyrosis, traitement du, 426.

Quinine, son emploi dans l'accouchement, 314.

Raccourcissement des ligaments ronds, 134.
Raie blanche dans la scarlatine, valeur diagnostique de la, 277.
Récidives malignes des kystes de l'ovaire, des, 517.
Réductions des hernies, fausses, 169.
Rein, luxation du, 500 ; flottant, 500.
Repos et atropine, traitement de certaines formes de phthisie pulmonaire par le, 160.
Résection, du coccyx, 411 ; du coude, 455 ; de la hanche dans la coxalgie, 263.
Résorcine, dans la coqueluche, 544.
Rétention d'urine chez un enfant de six mois, 560.
Rétroflexion utérine, 134.
Rétroversion utérine, 134.
Revaccination, la, 540.
Rhumatisme, rapports de l'amygdalite et de la pharyngite folliculaire avec le, 518 ; articulaire, traitement du, 184, 283 ; infantile, complications pleurales du, 180 ; noueux, du, 241.
Riel, sa folie et la justice anglaise, 561 ; le cas de, 567.
Roséole, de la, 420.
Rougeole, de la, 145.
Rupture, spontanée des membranes avant le début du travail, 314 ; de l'urèthre, 364.
Santé, le Bureau de, 332.
Scarlatine, valeur diagnostique de la raie blanche dans la, 277 ; traitement de la, 473 ; isolement des cas légers ou douteux de, 561.
Sciatique, traitement de la, 206.
Secret professionnel, 428.
Seigle ergoté dans la fièvre typhoide, emploi du, 66.
Sein, abcès du 136, 369 ; pansement des amputations du, 129, 166 ; pronostic et traitement du cancer du, 24, des indications opératoires dans le carcinôme du, 402.
Siège, délivrance de la tête dans l'accouchement par le, 173.
Signes isolés dans leur diagnostic, valeur symptomatique de quelques, 86.
Sirop de Easton, 90 ; de phosphates composé, 90.
Société d'Hygiène, P. Q., 95.
Spermatorrhée, traitement de la, 140, 283.
Strychnine, traitement du delirium tremens par la, 159.
Sublimé, en accouchement, le, 462.
Sucre, pansements au, 555 ; laxatif, 234.
Sueurs, fétides des pieds, traitement des, 184, 521 ; nocturnes des phthisiques, traitement des, 89, 140, 343.
Support à donner à l'abdomen durant la grossesse, du, 221.
Suppositoire au chloral, 330.
Suppuration, pathogénie de la, 310.
Suture perdue, réunion des plaies par la. 510.
Sycosis, traitement du, 293.
Synovites à grains riziformes, nature tuberculeuse des, 402.
Syphilis, réveil tardif de la, 232 ; traitement de la, 89, 329, 346, 565.

Tabac, empoisonnement par le, 422.
Table des matières, 570.
Tænia, traitement du, 140, 183, 209.
Tampon astringent, 513.
Tarif minimum, 94.
Tartre stibié, traitement de la pleurésie aigue par le, 161.
Teigne tondante, traitement par le procédé de Foulis, 519.
Térébenthine dans les affections de la peau, de la, 495 ; émulsion d'essence de, 565.
Terpine, son emploi dans la phthisie catarrhale, de la bronchite chronique et de l'hémoptisie, 453 ; et terpinol, 196.
Testicule, diagnostic des différentes tumeurs du, 506.
Tétanos, traitement du, 168 ; des petits enfants, le, 419.
Tête dans l'accouchement par le siége, délivrance de la, 173.
Thalline, 197.
Thérapeutique, notes de, 196.
Thorax des tuberculeux, sur le, 550.
Thrombose cérébrale, traitement par le carbonate d'ammoniaque, 504.
Torsion des artères, 162.
Toux convulsive, traitement de la, 471.
Trachéotomie, de la, 180.

Travail, traitement de la troisième période du, 77 ; injections vaginales après le, 411 ; éclampsie durant le, 512.
Trépanation du crâne, 258.
Tuberculose, traitement de la, 474 ; au point de vue chirurgical, de la, 67, 121 ; et paraplégie, 112.
Tumeurs du testicule, diagnostic différentiel des, 506.

Ulcères fétides, traitement des, 408.
Urèthre, traitement de l'hypersensibilité de l', 523 ; rupture de l', 364.
Uréthrotomie, de l', 304.
Urine, infiltration d', 184; chez un enfant de six mois, rétention d', 560.
Urines, indications fournies par leur examen à la pratique chirurgicale, 259.
Urticaire, dans le jeune âge, de l', 374 ; chronique, traitement de l', 184.
Utérus, médication à l'intérieur de l', 134 ; rétroversion et rétroflexion de l', 134 ; chancre du col de l', 268 ; cancer de l', 270, traitement du, 414, 514 ; épingle à cheveux dans l', 373.
Vaccination et variole, 331, 445, 489, 540.
Vaccine, bureau national de, 526 ; procès de la, 540.
Vaginisme, 370 ; traitement par la cocaïne, 269.
Varicocèle, traitement chirurgical du, 254.
Variole, la, 238, 381, 477, 479, 528, 540 ; et vaccination, 331, 489 ; et le bureau de santé, la, 427 ; traitement de la, 524.
Version, de la, 366.
Vertige, au point de vue séméiologique, du, 16 ; gastrique, traitement du, 380.
Vessie, traitement de l'irritabilité de la, 183.
Vieillards, du diabète glycosurique chez les, 396 ; péricardite aigue des, 349.
Vieillesse, traitement de la, 505.
Vomissements de la grossesse, traitement des, 265.
Vomitifs, dans les cas de corps étrangers de la gorge, des, 171.
Vulve, traitement du prurit de la, 33.
Vulvite aphtheuse chez l'enfant, traitement de la, 86.
Vulvo-vaginite, traitement de la, 513.

COLLABORATEURS

AU XIVe VOLUME DE L'UNION MÉDICALE DU CANADA.

APOSTOLI, DR, Paris, France.
BERNARD, A. Et. Méd., Montréal.
BROSSEAU, Dr A. T., Montréal.
CHOQUETTE, H. E., Et. Méd., Montréal.
DELISLE, A., Et. Méd. Montréal.
DESROSIERS, Dr H. E., Montréal.
FOUCHER, Dr A. A. Montréal.
LAMARCHE, Dr A., Montréal.
LAMARCHE, W. J., Et. Méd., Montréal.
LARAMÉE, DR A., Montréal
LARUE, Dr L., Québec.
LARUE, Dr T., Compton.
LAURIN, DR V., Ancienne Lorette.
LIPPÉ, DR J., Kildare.
MOUSSEAU, Dr J. O., St. Polycarpe.
OSLER, Dr W. Philadelphie.
PALARDY, Dr M. J., St-Hugues.
PRÉVOST, Dr L. C., Ottawa.
ROTTOT, Dr J. P., Montréal.
SMITH, G., Et. Méd., Montréal.

2 vol
125 +

2 gal
125+